

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**MODELO DE CONSULTORIA INTERNA PARA O PREPARO DE UNIDADES
HOSPITALARES PARA A CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO**

CURITIBA
2011

LEILA SOARES SEIFFERT

**MODELO DE CONSULTORIA INTERNA PARA O PREPARO DE UNIDADES
HOSPITALARES PARA A CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Prática Profissional em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção de título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lillian Daisy
Gonçalves Wolff

CURITIBA

2011

Seiffert, Leila Soares

Modelo de consultoria interna para o preparo de unidades hospitalares para a certificação de acreditação / – Curitiba, 2011.
128 f.: il. ; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff
Dissertação (mestrado) –Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Área de Concentração: Prática Profissional

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Acreditação. 3. Qualidade da assistência à saúde. 4. Gestão da qualidade. 5. Hospital. I. Wolff, Lillian Daisy Gonçalves. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

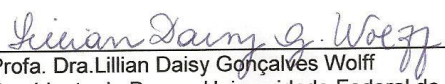
CDD 610.73


TERMO DE APROVAÇÃO


LEILA SOARES SEIFFERT

MODELO DE CONSULTORIA INTERNA PARA O PREPARO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA A CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: 
Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR


Profa. Dra. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad
Membro Titular: Universidade Estadual de Londrina – UEL


Profa. Dra. Elaine Drehmer de Almeida Cruz
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 14 de dezembro de 2011.

AGRADECIMENTO

Foram dois anos de conciliação entre mundos diferentes, mas complementares. Tantos papéis a desempenhar, e prioridades a serem estabelecidas.

Agradeço inicialmente ao meu marido Carlos, pela compreensão nas ausências nos finais de semana, justamente os dias dedicados aos estudos e trabalhos acadêmicos. Agradeço-lhe os incentivos e a paciência, principalmente quanto aos momentos de humor instável. Só podemos ser nós mesmos na segurança de quem nos ama e nos aceita como somos...

Aos meus filhos, Daniela, Denise e Lucas, os agradecimentos pelo compartilhar a “gerência da casa”, pelos momentos em que me socorreram nos problemas com a informática, arquivos, formatações e tantas outras limitações pessoais nesta era da tecnologia e informação. Percebi, sempre emocionada, o orgulho de vocês por eu ter aceito mais este desafio. Vocês sabem que sempre valorizei a educação pelos exemplos, então espero que esta minha caminhada os incentive a aceitar desafios, mesmo que estes inicialmente possam parecer maiores que as suas capacidades. Garanto-lhes, eles não são!

Aos meus pais e irmãos, agradeço-lhes a compreensão pela presença esporádica.

Aos meus amigos e colegas do Hospital de Clínicas da UFPR, os agradecimentos pelo apoio e compreensão nas limitações de agenda, nos incentivos e cooperação. Quanto evoluímos! A certificação de Hospital Acreditado foi uma conquista de todos nós!

À Diretora Geral do HC-UFPR, Dra. Heda M.B.S. Amarante, incentivadora da busca do conhecimento por todos da sua equipe e que, inteligentemente, logo compreendeu que a qualidade seria a marca da sua gestão. Sinto-me honrada por ser sua Assessora de Gestão da Qualidade.

Um agradecimento especial ao Grupo Interno da Qualidade da Clínica Pediátrica, quanto aprendi com todas vocês!

Às minhas colegas de turma, comprovamos que a experiência aliada com a juventude pode levar a enfermagem a outros patamares...

À minha orientadora, Prof. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff, meus eternos agradecimentos. Soube com tanta maestria me dirigir para os caminhos corretos, guiando-me, quando tudo parecia nublado e com nevoeiro, em direção ao sol. Os rumos deste e dos demais trabalhos acadêmicos requeridos pelo Curso, foram traçados sempre com sua ajuda, mas o que mais aprendi com você, foi o respeito e o posicionamento profissional. Manifestei-lhe várias vezes a sorte que tive por tê-la ao meu lado nesta jornada, mas digo-lhe agora: quanto orgulho tenho de ter sido sua orientanda...

Acima de tudo, aprendi também neste período de formação, que

*"O valor das coisas não está no tempo em que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis".*

(Fernando Pessoa)

RESUMO

SEIFFERT. L.S. **Modelo de Consultoria Interna para o Preparo de Unidades Hospitalares para Certificação de Acreditação**. 2011. 128f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lillian Daisy Gonçalves Wolff.

Acreditação é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, de caráter educativo, voltado à melhoria contínua, que confere à organização acreditada vantagens, como segurança para os clientes e profissionais e qualidade da assistência. A fim de preparar as unidades e os serviços para a avaliação de certificação de acreditação são necessárias consultorias internas, conduzidas por profissionais detentores de competência técnica, visão horizontal da organização e conhecimento de seus produtos e processos, responsáveis por incentivar as diversas equipes, facilitar o entendimento sobre os requisitos e estratégias necessárias para a referida certificação e supervisionar o processo. Diante de lacunas na literatura brasileira sobre consultoria interna com foco na gestão da qualidade na área da saúde, e também na acreditação, pelos padrões do Sistema Brasileiro de Acreditação, torna-se relevante a estruturação de um modelo de consultoria interna para o processo de preparo de unidades para a certificação de acreditação. Nesta perspectiva, os objetivos desse estudo foram a construção de um Modelo Lógico-Teórico de consultoria interna para o preparo de unidades ou serviços hospitalares para a avaliação de certificação pela acreditação, a aplicação do modelo a uma unidade do hospital, e a análise da sua aplicabilidade. Trata-se de uma pesquisa participante, com abordagem qualitativa, que foi realizada na Unidade de Clínica Pediátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), com nove integrantes do Grupo Interno da Qualidade. Utilizou-se a metodologia da problematização mediante o Arco de Maguerez, contemplando as etapas de Observação da Realidade, Pontos-chave, Teorização, Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade. A coleta de dados realizou-se no período de março a agosto de 2011 e a técnica utilizada foi a de grupos operativos viabilizados por meio de oficinas. O Modelo Lógico-Teórico desenvolvido mostrou-se eficaz e aplicável, por meio de processo participativo de construção da autonomia de um grupo, o qual atuou como agente de transformação da unidade de estudo, provendo um ambiente de cuidado seguro e de qualidade. Considera-se que o modelo pode ser replicado em organizações de saúde de qualquer natureza e porte, focalizando os demais programas e processos de gestão da qualidade, com as adequações apropriadas.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Acreditação; Qualidade da Assistência à Saúde; Gestão da Qualidade; Hospital

ABSTRACT

Accreditation is a system for evaluation and certification of the quality of healthcare services, of educational value, to achieve continuum improvement, which gives advantages to the accredited organization, such as safety for clients and staff and quality of care. In order to prepare unities and services to the evaluation for certification of accreditation, internal consulting is necessary, lead by professionals with technical competencies, horizontal view of the organization and knowledge of their products and processes, responsible for promoting the various teams, to facilitate understanding of the requirements and strategies needed for such certification and oversee the whole process. Because of the gaps in the Brazilian literature on internal consultancy with a focus on quality management in health care, and also on accreditation by the standards of the Brazilian System of Accreditation, becomes relevant research that builds an internal consultancy model for the process of preparing units for certification of accreditation. In this perspective, the objectives of this study were the development of a Logic-Theoretical Model of the internal consulting to prepare hospitals for the evaluation of the accreditation certification, and use this model in an unit of the hospital units and services, and the analysis of its applicability. It is a participatory research with a qualitative approach, which was held at the Pediatric Unit of the Hospital de Clinicas of Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), with nine members of the Internal Group of Quality. We used the methodology of questioning by the Arch of Maguerez, comprising the steps of Observation of reality, Key Points, Theorizing, Possible solutions and Application to reality. Data collection took place from March to August 2011 and the technique used was the operative groups, enabled through workshops. The Logic -Theoretical Model developed proved to be applicable and effective in the development of a participatory process of building autonomy of a group, wich act as agent of transformation of the unit of the study, providing a safe environment of care and quality. Hence, it can be replicated in health organizations of any nature and size, focusing on other programs and processes for quality management, with appropriate adjustments.

KEY WORDS: Nursing; Accreditation; Quality Healthcare; Quality Management; Hospital

LISTA DE SIGLAS

AGQ - Assessoria da Gestão da Qualidade
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
BIREME - Biblioteca Regional de Medicina
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
EPI - Equipamento de Proteção Individual
GIQ - Grupo Interno da Qualidade
GPPGPS - Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas de Saúde
HC - Hospital de Clínicas
HC-UFPR - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
IAC - Instituição Acreditadora Credenciada
MBA - Manual Brasileiro de Acreditação
MCIGQ - Modelo de Consultoria Interna para Gestão da Qualidade
OPAS - Organização Pan Americana de Saúde
ONA - Organização Nacional de Acreditação
PE - Planejamento Estratégico
SBA - Sistema Brasileiro de Acreditação
POP - Procedimento Operacional Padrão
PPUACA - Processo de Preparo da Unidade para a Avaliação de Certificação de Acreditação
REHUF - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UG - Unidade Gerencial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA	13
1.2 OBJETIVOS	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 GESTÃO DA QUALIDADE	16
2.2 ACREDITAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES	26
2.3 CONSULTORIA APLICADA À GESTÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE	31
3 METODOLOGIA	42
3.1 TIPO DA PESQUISA	42
3.2 LOCAL	44
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	45
3.4 SUJEITOS	46
3.5 MÉTODO	46
3.6 COLETA DE DADOS	63
3.7 TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	63
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
4.1 PLANEJAMENTO, EXECUÇÃO E RESULTADOS	65
5 SÍNTESE DOS RESULTADOS	109
6 CONCLUSÕES	111
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICES	120
ANEXOS	126

1 INTRODUÇÃO

Acreditação é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, de caráter voluntário, periódico e reservado. Nas experiências, brasileira e internacional, é uma ação coordenada por uma organização não governamental, encarregada do desenvolvimento e implantação da sua metodologia.

É um sistema eminentemente educativo, voltado à melhoria contínua, que confere à organização acreditada vantagens, como segurança para os clientes e profissionais, qualidade da assistência, e construção de equipes que tenham como foco resultados mensuráveis. O processo de acreditação é também um instrumento para o gerenciamento das organizações de saúde, sendo seus critérios e objetivos adaptados à realidade brasileira, e é, indubitavelmente, o caminho para a gestão aliada a ciclos de melhoria (ONA, 2010_a).

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) teve como meta no Planejamento Estratégico (PE) para o quinquênio 2001-2006, a implantação do Programa de Acreditação Hospitalar. Para fazer face ao PE, no ano de 2002 o termo ‘assistência acreditada’ foi incluído na missão do HC-UFPR e, em 2003, iniciou-se a implantação do Programa de Acreditação Hospitalar, mediante a criação da Comissão de Acreditação Hospitalar, composta por 21 profissionais atuantes em diversas áreas do Hospital (SEIFFERT et al.; 2009).

No PE subsequente, referente ao período 2006-2011, a meta é a obtenção da certificação de Hospital Acreditado pelo Sistema Brasileiro de Acreditação.

Neste contexto, foi estabelecida uma metodologia, constituída por ações para a sensibilização e treinamento das equipes; auditoria interna com emissão de relatórios; e ampla reforma da estrutura física, com a finalidade de adequação aos padrões referentes à estrutura.

Adicionalmente, em 2008 foi idealizada a campanha intitulada ‘HC-Hospital 5 estrelas’, ainda em vigor, com o objetivo de incrementar nos profissionais a vontade de fazer correto e melhor. A obtenção de cada estrela corresponde ao cumprimento por uma unidade/serviço, de uma etapa do Programa de Acreditação Hospitalar. Naquele ano foram realizadas novas ações para sensibilização com vistas ao esclarecimento do processo, face a face, para 2.100 profissionais que atuam na

instituição, as quais se desenvolveram em suas próprias unidades, nos três turnos de trabalho (SEIFFERT et al., 2009).

Para fins de diagnóstico, têm sido realizadas auditorias internas com emissão de relatório contendo as não-conformidades identificadas, a fim de que, posteriormente, as unidades ou serviços auditados elaborem seus próprios planos de ação corretiva. Os resultados são avaliados e monitorados por meio das estrelas conquistadas mediante a conclusão de etapas do Programa de Acreditação Hospitalar, devendo a unidade/setor chegar à quinta estrela quando fosse submetida (o) à avaliação diagnóstica de acreditação.

Em 2009 foram concluídas todas as auditorias internas nas unidades e nos serviços hospitalares e, por conseguinte, desencadeou-se o processo licitatório para a contratação de Instituição Acreditora Credenciada, a fim de que esta realizasse a avaliação diagnóstica, bem como a consequente avaliação de certificação para acreditação.

Reconhecendo a experiência e trabalhos desenvolvidos pela Comissão de Acreditação nos oito anos de atuação, a Direção do Hospital inseriu no seu organograma, em 2010, um setor específico para gerir a qualidade, denominado Assessoria de Gestão da Qualidade (AGQ), o qual se tornou responsável pelo gerenciamento do Programa de Acreditação Hospitalar, do Programa de Segurança do Paciente e do Programa 5 S (ROTHBARTH, 2010).

A AGQ tem como finalidade desenvolver atividades de organização e coordenação dos processos de planejamento, melhoria da gestão e estabelecimento da política de qualidade institucional, além de utilizar consultorias internas como uma das estratégias para habilitar as unidades/serviços hospitalares a desenvolverem as ações inerentes aos programas citados (ROTHBARTH, 2010).

Para preparar as unidades/serviços para a avaliação de certificação de acreditação são necessárias consultorias internas, as quais devem ser conduzidas por profissionais detentores de competência técnica, visão horizontal da organização e conhecimento de seus produtos e processos, com a responsabilidade de incentivarem as diversas equipes, facilitarem o entendimento sobre os requisitos e estratégias necessárias para a referida certificação e supervisionarem todo o processo.

Parte-se do pressuposto que essas consultorias devem ser norteadas por princípios, diretrizes, estratégias e técnicas gerais que atendam às especificidades de cada organização.

1.1 JUSTIFICATIVA

O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) estipula para o triênio 2010-2012, a realização de avaliação diagnóstica para fins de certificação de acreditação para todos os 46 hospitais partícipes, como estratégia para reestruturação e revitalização da gestão.

No HC-UFPR, o Programa de Acreditação Hospitalar está implantado em todas as áreas, tanto assistenciais quanto administrativas. Nos locais em que a gestão está estruturada sob o modelo denominado Unidade Gerencial¹, todas as fases do método definido pela Comissão de Acreditação são executadas, destacando-se as ações de: sensibilização das equipes; auditoria interna com emissão de relatório; elaboração de plano de ação para as não-conformidades; implantação de grupos internos de qualidade; e, avaliação quantitativa bianual das ações de resolução de não-conformidades. Entretanto, nas unidades ou serviços não integrantes do modelo de gestão citado, somente algumas fases têm sido realizadas.

Os grupos internos da qualidade no HC-UFPR são uma instância da Assessoria da Gestão da Qualidade, além do Comitê da Qualidade, e da Gerência de Risco/Hospital Sentinela. Tais grupos devem ser constituídos por quatro a oito profissionais representantes de várias categorias profissionais e turnos, e têm como principal responsabilidade a coordenação e acompanhamento na Unidade Gerencial ou Setor, das atividades do Programa de Qualidade definidas institucionalmente, tais como: resolução das não-conformidades, implantação e continuidade do Programa 5 S e implantação do Programa de Segurança do Paciente.

¹ Unidade Gerencial é a agregação de serviços/seções cuja afinidade estabelece uma linha de cuidado e tem por objetivo a integralidade da assistência (HC-UFPR, sem data).

Esses grupos devem ser capacitados para realizarem ações educativas, de sensibilização e apoio, de acompanhamento e de avaliação no processo de preparo da unidade para a avaliação de certificação de acreditação (PPUACA). Neste sentido, a Assessoria de Gestão da Qualidade do HC-UFPR tem como uma de suas finalidades a realização de consultoria interna nessa área.

Essa consultoria é uma prática que tem sido realizada, informalmente, no PPUACA, não existindo, portanto, no HC-UFPR um modelo lógico-teórico de consultoria interna que possa ser aplicado naquele processo.

Realizou-se, para o presente estudo, uma revisão integrativa, inicialmente nas bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos últimos doze anos, e posteriormente nas dissertações disponíveis nos arquivos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Para a busca dos artigos foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), elaborados pela BIREME, sendo incluídos os artigos que possuíam resumo em língua portuguesa, e disponibilização do texto completo, em todas as bases.

A dificuldade inicial foi que a palavra consultoria não é descritor no DeCS. Passou-se então à busca utilizando-se descritores associados ao tema, tais como: “acreditação” e, ou “controle da qualidade”, “gestão da qualidade”, “qualidade da assistência à saúde”. Foram encontrados 26 documentos (APÊNDICE 2), sendo que os que constavam em mais de uma base de dados foram contabilizados uma única vez. Observou-se que em nenhum deles foi relatado ou descrito um método de consultoria interna para uso em programas de acreditação.

Quanto às dissertações e teses, nenhuma foi encontrada cujas palavras-chave fossem consultoria, consultoria interna, acreditação/organização ou acreditação/gestão da qualidade. Foram localizadas 18 dissertações em língua portuguesa com os descritores acreditação/ avaliação, 80 trabalhos relacionados à acreditação/qualidade e 14 com os descritores acreditação/controlado da qualidade. Esclarece-se que a revisão integrativa foi circunscrita a produções em língua portuguesa, devido ao objetivo da consultoria interna ser a preparação para a certificação nos padrões do Sistema Brasileiro de Acreditação operacionalizado no Brasil pela Organização Nacional de Acreditação.

Diante dessas lacunas na literatura brasileira sobre consultoria interna com foco na gestão da qualidade na área da saúde, e também na acreditação pelos padrões do Sistema Brasileiro de Acreditação, uma pesquisa que construa um

modelo de consultoria interna para o processo de preparo de unidades para a certificação de acreditação, bem como utilize esse modelo em um ambiente específico, torna-se relevante a fim de que as unidades ou serviços, que ainda não passaram por esse processo, possam utilizar o modelo de consultoria interna para serem preparadas com eficiência e eficácia, ou seja, com efetividade.

A partir da constatação de lacunas na literatura em relação a publicações em periódicos e dissertações/ teses acerca do tema consultoria interna voltada à gestão da qualidade e, especificamente, à acreditação hospitalar, a seguinte questão norteadora foi elaborada para a condução desta pesquisa: **Como realizar uma consultoria interna de modo a possibilitar um processo efetivo de preparação de unidades hospitalares para a certificação de acreditação hospitalar?**

O objeto desta pesquisa é a consultoria interna para unidades hospitalares com vistas à certificação de acreditação, para a qual será criado e aplicado um modelo lógico-teórico.

1.2 OBJETIVOS

Para responder a questão norteadora desta pesquisa, foram delineados os seguintes objetivos:

Construir um modelo lógico-teórico de consultoria interna para o preparo de unidades hospitalares para a avaliação de certificação pela acreditação.

Aplicar o modelo de consultoria interna a uma unidade do hospital, preparando-a para submeter-se à avaliação de certificação de acreditação por instituição acreditadora credenciada.

Analisar a aplicabilidade do modelo de consultoria interna para o preparo da unidade hospitalar para a avaliação de certificação de acreditação.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura desta pesquisa foi elaborada tendo como foco três temas relacionados aos objetivos do estudo: Gestão da Qualidade, Acreditação e Consultoria.

2.1 GESTÃO DA QUALIDADE

Na literatura correlata, são vários e clássicos os conceitos de qualidade, os quais, frequentemente, relacionam: fazer o óbvio, fazer corretamente, e atender de modo confiável, acessível, seguro e no tempo certo às necessidades do cliente.

Nesse sentido, para Juran (2009), não há um consenso no conceito de qualidade, porém, há uma tendência para a ampliação deste, com inclusão de alguns itens da área de serviços, tais como desempenho, cortesia, ausência de erros, e conformidade com padrões e procedimentos.

Na área da saúde, Donabedian (1985) define qualidade como o grau em que as necessidades, expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes são atendidos pelos serviços de saúde. Para Lohr (1990), em publicação do *Institute of Medicine* (EUA), a qualidade em saúde é o grau em que os serviços aumentam a chance de resultados desejáveis para os indivíduos e as populações, sendo consistente com o atual conhecimento profissional.

No Brasil, há uma preocupação dos hospitais com os custos da não qualidade relacionados ao retrabalho, mortalidade e morbidade elevadas, processos ineficientes, comprometimento da imagem da organização, e as demandas judiciais, dentre outras (COUTO; PEDROSA, 2007).

Tais definições de qualidade englobam uma diversidade de termos relativos à excelência, expectativas ou objetivos que precisam ser alcançados, “ausência de defeitos e adequação ao uso, que de certa forma definem características das ações e/ou serviços de saúde. Esses são categorizados em bons e ruins dando a noção da

qualidade de programas ou serviços em termos quantificáveis” (FRIAS et al., 2010, p.44).

Os autores supracitados aludem sobre a tendência em quantificar a técnica e o saber, que caracteriza a dimensão objetiva da qualidade, e enfatizam a necessidade de se explorar a dimensão subjetiva da qualidade, relativa aos atores envolvidos e às relações interpessoais. Ambas as dimensões são inerentes ao campo da saúde e contribuem para uma concepção ampliada da qualidade nessa área.

Nesta perspectiva, em 2001, o *Institute of Medicine* (EUA) definiu dimensões para a qualidade em sistemas de saúde, tais como a segurança do paciente e o objetivo centrado no paciente, destacando que a medicina baseada em evidências é fundamental para a melhoria da qualidade, pois proporciona oportunidades para medir a frequência com que os profissionais da saúde realizam os cuidados condizentes com as melhores evidências disponíveis (WACHTER, 2010).

Produtos, bens e serviços de qualquer natureza, inclusive de saúde, requerem planejamento, sendo este considerado como a atividade que implica estabelecer metas e meios necessários a sua realização. Considerando-se a gestão da qualidade, o planejamento é a atividade de estabelecer metas de qualidade e desenvolver produtos e processos necessários à realização de tais metas. Para a gestão da qualidade, podem ser utilizados os processos da Trilogia de Juran, que são planejamento, controle e melhoramento da qualidade (JURAN, 2009).

Adicionalmente, além do estabelecimento das metas, é recomendável identificar quais clientes serão impactados, além de identificar as suas necessidades, de modo que os processos sejam capazes de atendê-los de forma satisfatória. Contudo, no controle da qualidade deve-se avaliar o desempenho real de qualidade, comparando-o com as metas estabelecidas, e agindo na correção da diferença entre eles. Esta etapa trata da execução de planos, ou seja, a operacionalização, e também de ações para restaurar a rota traçada inicialmente, quando se evidenciarem desvios (JURAN, 2009).

Neste sentido, o melhoramento da qualidade consiste em elevá-la em níveis sempre maiores do que a situação atual. Para a concretização das melhorias, torna-se necessário em primeiro lugar provar a sua necessidade, depois estabelecer a infraestrutura necessária, identificar projetos e equipes de melhoramento e, finalmente, estabelecer controles para mantê-las (JURAN, 2009).

Os clientes da área de serviços de saúde exigem, cada vez mais, o desempenho livre de falhas. Conseqüentemente, a qualidade é prioridade máxima dentro das organizações, com a implantação de mudanças específicas, sendo que os resultados, tangíveis e intangíveis dependem, essencialmente, do envolvimento das equipes. Portanto, trabalhar com a motivação é elemento essencial para as ações de mudança, as quais devem ser bem compreendidas por todas as equipes. Tais ações implicam levar o planejamento da qualidade para o planejamento estratégico da organização, e treinar os planejadores e todo o pessoal afetado em metodologias relacionadas à qualidade, de forma estruturada e não empírica. O objetivo é provocar mudanças na cultura das instituições de saúde (JURAN, 2009).

Tendo em vista que o objetivo geral desta pesquisa é construir um modelo lógico- teórico de consultoria interna para o preparo de unidades hospitalares para a avaliação de certificação de acreditação, esta temática será enfocada a seguir, de maneira a subsidiar o alcance do objetivo proposto.

No Século XVII, precisamente em 1637, o filósofo René Descartes lançou a primeira edição da obra intitulada *Discurso do Método*. A insatisfação com a ciência, que ainda não havia encontrado, gerou no filósofo o desejo de criar o seu próprio método de indagação e pesquisa da verdade. Formulou quatro regras: a primeira consistia em somente aceitar como verdade o que se apresentasse evidente e sem nenhuma dúvida; a segunda, em dividir cada uma das dificuldades em tantas partes quanto possível; a terceira em organizar os pensamentos do mais simples e fácil, para os mais complexos, em certa ordem; e, por último, a quarta regra que consistia em enumerar e revisar de forma completa, para assegurar que nada fosse omitido (DESCARTES, 2006).

Segundo Falconi (2009, p. 20), método é uma palavra que se originou do grego e é a soma das palavras gregas *Meta* e *Hodós*. *Meta* significa “resultado a ser atingido” e *Hodós* significa “caminho”. Portanto, o método pode ser entendido como o “caminho para o resultado” ou então uma “sequência de ações necessárias para se atingir certo resultado desejado”. Este autor considera que a essência do trabalho numa organização é atingir resultados e, portanto, o domínio do método por todas as pessoas é fundamental, desde os diretores até as do nível operacional. Qualquer que seja o nível educacional do funcionário de uma organização, o método a ser usado deverá ser o mesmo. Segundo o autor, o método adiciona inteligência à atividade gerencial.

Um dos métodos gerenciais utilizados na gestão da qualidade é o PDCA, iniciais dos termos em língua inglesa, *Plan, Do, Check e Act*, traduzidos como planejar, fazer, checar e agir corretivamente.

O ciclo PDCA é reconhecido como Ciclo de Shewhart, seu idealizador, ou como Ciclo de Deming, seu grande divulgador (ALVES, 2009). Para cada fase são desenvolvidas ações de forma cíclica, promovendo a melhoria contínua. Inicia-se o ciclo pela letra P (*Plan* – planejar), uma vez que antes da execução as atividades devem passar por planejamento. Nesta fase, são definidas as metas e o método para alcançá-las. A seguir, passa-se para a execução (Letra D – *Do* – Fazer) do que foi planejado, podendo-se incluir nesta fase tanto as atividades destinadas a capacitar as equipes executoras como aquelas de coleta de dados, necessárias para subsidiar a fase seguinte, checar (Letra C – *Check* - verificar). Nesta, são comparadas as metas estipuladas e os resultados obtidos por meio de fatos e dados, tais como relatórios, gráficos, auditorias, dentre outras. A última fase do Ciclo PDCA, é a ação corretiva (Letra A– *Act*– agir corretivamente), com planejamento de novas soluções, caso a meta não tenha sido atingida (ALVES, 2009). Se os resultados foram alcançados, pode-se padronizar a ação, por meio, por exemplo, da elaboração de um procedimento operacional padrão (POP).

Este método pode ser usado para manter ou melhorar os resultados de um processo, além de viabilizar o gerenciamento científico da organização, transformando-a numa escola, uma vez que a busca por resultados é paralela à busca do conhecimento. O Ciclo PDCA permite ainda, a participação das pessoas no gerenciamento com vistas à melhoria e estabilização de resultados; uniformização da linguagem e melhoria da comunicação; entendimento do papel de cada um no esforço para as melhorias, além da utilização das várias áreas da ciência para a obtenção de resultados (FALCONI, 2009).

A ferramenta da qualidade denominada 5W2H é um formulário para execução e controle de tarefas que atribui responsabilidades e determina as circunstâncias em que o trabalho deverá ser realizado. Recebeu esse nome devido a primeira letra das palavras inglesas: *what* (o que), *who* (quem), *when* (quando), *where* (onde), *why* (por que), e das palavras iniciadas pela letra H, *how* (como), *how much* (quanto custa). É um plano de ação, e como tal, orienta as decisões e acompanha o desenvolvimento das atividades propostas (ALVES, 2009).

As avaliações de qualidade se pautam pela visão sistêmica, sendo esta, um dos onze fundamentos expressos pelo Sistema Brasileiro de Acreditação. Esta visão sistêmica considera que há relações de interdependência entre os variados setores da organização, sendo necessária a visão em seu conjunto (ONA, 2010_b).

Sistema é um conceito presente e cada vez mais importante para o entendimento das relações organizacionais, posto que tudo é ou faz parte de um sistema. Por exemplo, o ser humano é um sistema que possui vários subsistemas, tais como o respiratório, digestório, circulatório, nervoso e as organizações também são consideradas sistemas, bem como tudo que as circunda (FALCONI, 2009). Nas organizações de saúde há hierarquia de sistemas, e também sistemas que se sobrepõem, tais como os departamentos, os quais são sistemas com função própria e áreas de autoridade peculiares.

Segundo Falconi (2009), para a denominação de Sistema de Gestão, é necessário que haja partes interligadas com a função de produzir resultados, as quais, por sua vez, devem seguir o método, uma vez que o Sistema de Gestão é baseado em puro método.

O Sistema de Gestão tem a vantagem adicional de ser um mapa que mostra onde o trabalho de cada um se insere. Uma organização que consegue, ao longo dos anos, envolver todos na prática do Sistema de Gestão, terá formado um time imbatível de pessoas no qual cada um será competente naquilo que faz. O método, do qual se origina o Sistema de Gestão, é que propicia esta participação e envolvimento de forma organizada, elementos que tornam a organização cada vez mais forte (FALCONI, 2009).

Para desenvolver o Sistema de Gestão da Qualidade, toda melhoria deve ser conduzida dos fins para os meios. À medida que se perseguem resultados cada vez mais desafiadores, torna-se necessário adotar modelos de análise e recursos técnicos também mais sofisticados e avançados, fortalecendo esse sistema progressivamente (FALCONI, 2009).

Assim como Juran (2009), Falconi (2009) também considera a meta como o foco do gerenciamento em qualquer nível, pois o método gerencial existe para que as metas sejam alcançadas. Os problemas (metas) estão nos fins e não nos meios, isto é, nas funções dos sistemas, organização, processos e operações.

Especificamente na área hospitalar, tem sido frequente a abordagem e preocupação com o tema qualidade, bem como com os diferentes métodos para

prestar serviços que satisfaçam à expectativa de clientes cada vez mais informados e exigentes (OPAS/OMS, 2004).

O hospital é uma organização complexa, com interação simultânea de uma série de fatores, exigindo de suas lideranças amplos conhecimentos de todos os recursos necessários para gerar um produto heterogêneo: a recuperação da saúde. O hospital canaliza potencialidades científicas, humanas, tecnológicas e institucionais para o tratamento de doentes (OPAS/OMS, 2004).

Na literatura disponível, distinguem-se alguns conceitos e dimensões para o setor de serviços na área hospitalar. A qualidade é reconhecida como a obtenção de maiores benefícios, com os menores riscos para o paciente, ou como o atendimento perfeito e de forma confiável, acessível, segura e no tempo exato, às necessidades do usuário (DONABEDIAN, 1986; FALCONI, 2009).

Dentre as várias dimensões da qualidade em serviços são destacadas, a seguir, quatro relacionadas ao ambiente em que será desenvolvido este projeto de pesquisa, um hospital público de ensino.

A primeira é a dimensão técnica, na qual são aplicados os melhores conhecimentos e a tecnologia disponível em favor do cliente. Esta dimensão é respaldada fortemente pelos profissionais de saúde, e nela estão envolvidas a sua capacitação e habilidades. A segunda dimensão é a segurança, medida pelo risco acarretado pelos serviços ao cliente. Depende da sua condição clínica, da eficácia da estratégia definida e da destreza da equipe de saúde (OPAS/OMS, 2004).

A terceira dimensão é o grau de satisfação pelo serviço, das necessidades sentidas do cliente. Estas compreendem não somente aspectos como a hotelaria, o atendimento, a privacidade, o tempo de espera, mas também os aspectos da qualidade técnica que são percebidos pelo cliente na sua própria perspectiva, de acordo com seus valores. A quarta dimensão é o custo racional da atenção. Melhorar a qualidade pode aumentar os custos, porém o uso desnecessário ou inadequado dos recursos aumenta os custos sem acrescentar qualidade (OPAS/OMS, 2004).

Em relação aos aspectos da terceira dimensão, ou seja, os sinais da qualidade na perspectiva do cliente, que podem satisfazê-lo ou não, Berry e Stelman (2010) comenta que o cliente tem algum tipo de experiência quando interage com uma organização hospitalar, e filtra os sinais contidos nessa experiência, organizando-os em um conjunto de impressões racionais e emocionais.

Este autor divide os sinais percebidos pelo paciente em três categorias: funcionais, mecânicos e humanos. Os sinais funcionais estão relacionados à qualidade técnica do serviço. O produto que o consumidor de saúde espera adquirir está relacionado à funcionalidade, tal como a correta execução do serviço prometido, sendo a confiabilidade a mais importante dimensão da satisfação do cliente.

Devido à complexidade dos serviços hospitalares, os clientes tendem a buscar sinais que os ajudem a avaliar sua funcionalidade. Quando sinais funcionais são percebidos pelo cliente, reforça-se a sua crença na confiabilidade da execução do serviço de saúde (BERRY; SELTMAN, 2010).

Outra fonte de percepção são os sinais mecânicos, os quais geralmente provêm de objetos inanimados e incluem visões, cheiros, sons e gostos. Instalações, equipamentos, mobiliários, e iluminação comunicam sem palavras. O papel destes é causar uma boa impressão inicial, e sua influência sobre o valor percebido pelo cliente aumenta à medida em que este passa mais tempo nas instalações onde o serviço é prestado (BERRY; SELTMAN, 2010).

A assistência à saúde geralmente está envolta em estresse, seja pela doença, dor, ansiedade quanto aos resultados de exames, ou mesmo pela incerteza em relação ao futuro. No entanto, uma dose considerável de estresse pode ser ocasionada pelas instalações em que a assistência é prestada, por serem estas intimidantes, barulhentas ou aprisionadoras. O gerenciamento dos sinais ganha maior importância nos espaços em que os clientes passam a maior parte do tempo e tendem a estar com maior tensão e atemorizadas, como salas cirúrgicas e de exames.

Outro sinal mecânico é o barulho. Em um cenário hospitalar, este é um cruel fator de estresse ambiental, responsável pela elevação da pressão sanguínea, aumento da frequência cardíaca e insônia. As fontes de ruídos nos hospitais são numerosas e atemorizantes, e pouco valorizadas pelas equipes multidisciplinares (BERRY; SELTMAN, 2010).

A terceira maneira pela qual os clientes percebem a qualidade dos serviços de saúde prestados refere-se aos sinais humanos, os quais estão relacionados ao comportamento e aparência dos prestadores do serviço, a linguagem verbal e corporal, o tom de voz, o nível de entusiasmo e a adequação da vestimenta do profissional. Estes detalhes estão associados à superação das expectativas, já que

o modo de tratar o cliente é crucial para o tratamento ser considerado excelente, e até gerar agradáveis e inesperadas surpresas.

O autor refere que em experiências positivas vivenciadas por clientes, geralmente há um alinhamento dos sinais funcionais, mecânicos e humanos provocando ricas conexões emocionais, em momentos de intensa fragilidade pessoal.

Para que resultados positivos sejam a rotina, e não a exceção, na prestação de serviços de saúde, torna-se importante destacar que as pessoas desempenham papel primordial no esforço pela qualidade, uma vez que são os reais agentes de transformação das organizações. Também são as de mais difícil compreensão, pois os aspectos subjetivos envolvidos dificilmente podem ser descritos, teorizados ou mesmo analisados. Como os processos de aprendizagem e aplicação do conhecimento dependem da motivação, a avaliação envolve variabilidades e imprevisibilidades; pode-se considerar então, que as pessoas são o fator mais complexo na Gestão da Qualidade (PALADINI, 2009)

Como estas possuem livre arbítrio e capacidade analítica e crítica, as formas para envolvê-las requerem criatividade, poder de atração, e principalmente estratégias planejadas de modo a conciliar as metas individuais com as metas globais de qualidade da organização.

Neste sentido, o investimento nas pessoas é recompensador pelo retorno obtido, uma vez que somente quando se empenham podem ser criativas a ponto de desenvolver a solução adequada para determinado problema, incluindo a melhor forma, o direcionamento aos objetivos, e a capacidade de antecipar-se às situações problemáticas evitando sua ocorrência (PALADINI, 2010).

Todavia, para a gestão da qualidade, o maior desafio é envolver as pessoas, pois sem o seu empenho, não se produz qualidade (PALADINI, 2010). O autor recomenda quatro ações para envolver as pessoas com a qualidade: alterações de posturas e de estrutura, treinamento, motivação e relações de reciprocidade.

Quanto à alteração de posturas, considera que as equipes operacionais se envolvem quando percebem a diferença nas posturas das gerências; que fatos concretos consolidam a idéia de irreversibilidade da nova situação, tais como: a gerência passa a ouvir as pessoas e falar menos, ou os erros passam a ser discutidos. O impacto será maior se ocorrerem alterações estruturais tais como: programa de sugestões, premiações formais para grupos envolvidos em ações com

bons resultados, reformas ou melhorias na estrutura predial e modernização do parque tecnológico.

O segundo instrumento que pode auxiliar no envolvimento dos profissionais é o treinamento, se este for resultado da demanda e do interesse das pessoas, e tiver por meta fomentar competência. Cabe à gestão da qualidade selecionar os conteúdos, situações, ambientes, enfim, a estratégia mais adequada para formar e qualificar o pessoal. O autor ressalta que os treinamentos devem estar voltados para situações práticas, dentro da realidade do treinando, de modo a permitirem imediata aplicação das técnicas discutidas. Isto faz com que as pessoas percebam que as técnicas da qualidade são úteis, podem ser usadas com facilidade e produzem bons resultados.

O terceiro fator é a motivação, sendo esta um fator determinante para o envolvimento, e portanto, para a realizações necessárias para a melhoria da qualidade. Motivação envolve processos complexos que não dependem da vontade de quem quer motivar, ela é considerada uma energia interna que gera nas pessoas a capacidade de produzir ações, e não é transferível de um indivíduo a outro.

Portanto, cabe à Gestão da Qualidade e aos gestores criar condições favoráveis ao desenvolvimento da motivação nas pessoas. O autor recomenda a criação de grupos de trabalho como instrumento de envolvimento do pessoal nas atividades que estão realizando, oferecendo aos participantes deste grupo, treinamento adequado e apoio por parte da administração e liderança da organização. A filosofia para abordagem das pessoas, intencionando despertar a motivação adormecida, deve ser a infinita possibilidade do desenvolvimento pessoal, e não o uso dessas como instrumento para o atingimento de metas.

Outra proposta é a realização de campanhas por meio das quais se obtém a motivação das pessoas pela fixação da sua atenção em determinadas atividades. Pressupõe-se que toda pessoa pode contribuir para a melhoria dos processos, mas que elas se omitem nestas contribuições por não considerá-las importantes, ou não perceberem o interesse da organização por este esforço (PALADINI, 2010).

As campanhas, por se constituírem em operações que visam à consecução de um objetivo definido, em uma determinada época e num mesmo local (FERREIRA, 1986), proporcionam a participação em massa, ampliando rapidamente a inclusão das pessoas em determinados processos, exemplificado pela campanha “HC- Hospital 5 Estrelas”, desenvolvida no hospital de ensino objeto desta pesquisa.

A motivação também pode ser desenvolvida mediante a proposição de metas e desafios, como a estipulação de índices sucessivos a serem alcançados, de forma que as pessoas sintam-se motivadas a transpor obstáculos com o propósito de obter melhorias, mantendo as conquistas e buscando novos patamares. (PALADINI, 2010)

No hospital público em questão, no período de 2003 a 2011, a grande motivação era a obtenção do certificado de Hospital Acreditado, no Nível 1, pelo Sistema Brasileiro de Acreditação. O ganho esperado, por fazer parte de um grupo restrito de organizações de saúde, reconhecidas no país como detentoras de elevados padrões de qualidade, era inicialmente, alçar este hospital a novos e elevados patamares. Posteriormente, após a certificação, por meio das avaliações de manutenção preconizadas pela ONA, esta motivação está direcionada no sentido de manter as conquistas, fazendo uso das ferramentas da qualidade e de métodos como a consultoria interna, e ainda almejar os níveis dois e três da acreditação, tornando-se acreditado com excelência (SEIFFERT, 2011).

O quarto fator é a reciprocidade, que consiste na idéia de que o envolvimento decorre de benefícios diretos trazidos pelos resultados aos envolvidos. Se o benefício for compensador para os profissionais, pode-se esperar empenho na busca pelo resultado. Este fator está ancorado na idéia de reciprocidade entre as necessidades da organização e as das pessoas, por isso requer negociação. À Gestão da Qualidade compete gerar condições para que ambas as necessidades sejam atendidas e avaliar se os benefícios foram atendidos de forma satisfatória por meio de indicadores. Cabe enfatizar que os benefícios reais da qualidade são para a organização, e diferentemente da motivação, eles se transferem para as pessoas, ou seja, os benefícios da qualidade revertem para quem se esforça em conquistá-las (PALADINI, 2010).

Todo ganho e melhoramento obtido requer monitoramento, sob pena de retrocesso. Neste sentido, para monitorar o desempenho, os sistemas de Gestão da Qualidade implantados dispõem de dois mecanismos: a regulação externa da qualidade, traduzida pelo licenciamento, acreditação e certificação; e os mecanismos de gestão interna da qualidade, manifestados pela gestão mediante o planejamento estratégico, gerência dos processos, desenvolvimento das pessoas, gestão financeira e sistemas de informação adequados (OPAS/OMS, 2004). Assim,

a garantia da qualidade promove a proteção e melhoria do desenho do sistema de saúde, do ponto de vista operacional (DONABEDIAN, 1989).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (2004), a qualidade é garantida mediante a aplicação sinérgica de ambos os mecanismos, uma vez que um enfoque que privilegie um deles e esqueça o outro é, em princípio, incompleto e ineficaz. Destaca-se que a eficácia da qualidade dependerá da liderança, das características organizacionais, dos profissionais de saúde, do método de controle, assim como da metodologia utilizada para influenciar o comportamento da equipe (DONABEDIAN, 1989).

2.2 ACREDITAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES

O Programa de Acreditação Hospitalar tem como enfoque a garantia da qualidade da atenção prestada aos clientes, nos hospitais, de forma que, dentro dos recursos disponíveis, haja uma progressiva mudança que impulse os profissionais, em todos os níveis e serviços, para a avaliação de falhas, fragilidades, forças e potencialidades da instituição, definindo-se metas claras, com a mobilização de todos os envolvidos (AQUINO, 2008).

Para maior compreensão, serão diferenciados os termos acreditação, licenciamento e certificação. A Acreditação é o mais difundido dos métodos de avaliação externa por pares no campo da saúde e abrange os aspectos de estrutura, processo e resultados. Baseia-se em padrões previamente conhecidos. Tem como princípio o tudo ou nada, de modo que os padrões devem ser integralmente cumpridos. A avaliação para certificação de acreditação deve ser executada por uma entidade independente do estabelecimento avaliado (ONA, 2006).

A Acreditação é um processo formal pelo qual uma instituição acreditadora credenciada avalia e reconhece se uma organização de saúde atende a determinados padrões considerados aplicáveis. Abrange a capacidade ou o desempenho da instituição, e não do profissional individualmente, enfoca estratégias contínuas de melhoria e alcance de padrões ótimos de qualidade, e não apenas a conformidade a padrões mínimos destinados a garantir a segurança pública (AQUINO, 2008).

O licenciamento, por outro lado, é uma permissão dada a um profissional, individualmente, para operar ou para se dedicar a uma ocupação, profissão ou a uma instituição de saúde, a fim de que possa operar no mercado. As normas para o licenciamento são geralmente estabelecidas para garantir que uma instituição ou indivíduo atenda a padrões mínimos, com o objetivo de proteger a saúde e a segurança da população (AQUINO, 2008).

Finalmente, a certificação é um processo pelo qual um órgão autorizado avalia e reconhece um profissional ou uma instituição. A acreditação e a certificação têm similaridades, sendo comumente utilizadas como sinônimos. A certificação aplica-se a profissionais que receberam instrução e treinamento adicionais, demonstrando competência em uma especialidade, além dos requisitos mínimos para licenciamento. Quando aplicada a uma instituição, a certificação geralmente implica que a instituição tenha assegurados alguns serviços adicionais, tecnologia ou capacidade, além dos requisitos mínimos encontrados em instituições semelhantes (AQUINO, 2008).

No Brasil, o Sistema Brasileiro de Acreditação estabelece os requisitos operados pela Organização Nacional de Acreditação, de modo a avaliar as organizações prestadoras de serviços de saúde de diferentes tipos, perfil, porte ou característica, e certificá-las se atenderem aos padrões especificados (ONA, 2010_b).

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é uma entidade não governamental, caracterizada como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos, de direito coletivo, com abrangência de atuação nacional. Tem por objetivo geral promover a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a melhorar a qualidade da assistência, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do país (ONA, 2010_a).

A história da ONA iniciou com a Constituição Federal Brasileira de 1988, a qual define a saúde como direito social universal, e na qual os hospitais deixam de ser os centros do modelo assistencial, e transfere aos municípios a gestão dos serviços de saúde. Passou-se então, a observar a importância do desenvolvimento de instrumentos gerenciais relacionados à avaliação dos serviços oferecidos à população.

A Acreditação tornou-se um tema discutido com maior intensidade no âmbito do Ministério da Saúde a partir de junho de 1995, quando foi criado o Programa de

Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde. A arquitetura deste programa envolveu a formação da Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade, da qual faziam parte, além do grupo técnico do programa, representantes de provedores de serviços, da classe médica, órgãos técnicos relacionados ao controle da qualidade, e representantes dos usuários dos serviços de saúde. O grupo técnico do Programa analisou Manuais de Acreditação utilizados no exterior, como nos Estados Unidos, Canadá, Catalunha/Espanha, Inglaterra, além de manuais que começavam a ser utilizados no Brasil nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraná (ONA, 2010_a).

O conjunto de atividades resultou no encaminhamento de um projeto ao Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP), que definia metas para implantação de um processo de certificação de hospitais identificado como Acreditação Hospitalar (ONA, 2010_a).

Nesse contexto, a partir do manual editado pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e das experiências estaduais, buscou-se estabelecer um consenso de opiniões para alcançar padrões de avaliação comuns a todos. Surgiu então, em 1998, a primeira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (ONA, 2010_a).

O Ministério da Saúde convidou entidades representativas dos diversos segmentos de saúde para implantarem um sistema de avaliação para a certificação dos serviços de saúde. Estas, prontamente, iniciaram uma série de reuniões para a estruturação do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), culminando em abril/maio de 1999 com a constituição jurídica da Organização Nacional de Acreditação - ONA, dando início à implantação das normas técnicas do Sistema Brasileiro de Acreditação (ONA, 2010_a).

Para verificar a qualidade da assistência à saúde no âmbito hospitalar, é utilizado como instrumento o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, o qual tem como base padrões de complexidade crescente. Lançado inicialmente em 1999, passou por cinco ciclos de real aplicação nos ambientes das organizações de saúde, sendo a versão 2010, a sexta edição, a qual se encontra em vigor (ONA, 2010_b).

O referido manual é composto de seções e subseções, e para cada subseção existem padrões interdependentes. Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente e com princípios orientadores específicos. O

princípio orientador do Nível 1 é a Segurança; do Nível 2 é a Gestão Integrada; e do Nível 3, a Excelência em Gestão. Para cada nível são definidos itens de orientação, os quais norteiam tanto o processo de visita quanto a preparação da instituição para a avaliação (ONA, 2010_b).

A base conceitual desses três níveis é o paradigma dominante da avaliação de qualidade da atenção à saúde, introduzido por Donabedian: estrutura, processo e resultado. Da estrutura, fazem parte as características estáveis do funcionamento das organizações prestadoras de serviços de saúde, tais como os recursos materiais, pessoas, organização do corpo clínico e métodos operacionais. O processo está relacionado ao fazer da equipe de saúde, isto é, aos aspectos técnicos, e os resultados são a consequência das intervenções, realizadas ou não, pelos profissionais ou pela organização de saúde (ONA, 2010_c).

Compreende-se que um padrão é o que serve de referência ou normatiza a avaliação de qualidade, sendo que o termo integra a concepção de alguns autores acerca de acreditação como um procedimento que avalia os recursos de uma instituição, de caráter voluntário, que implica periodicidade e confidencialidade, e que contribui para assegurar a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos (NOVAES, 1992).

Os padrões também devem: ser facilmente verificáveis; avaliar dentro de um único serviço os aspectos de estrutura processo e resultado; ser estruturados; considerar a garantia de uma atenção à saúde segura, isto é, a atenção à saúde não deve representar maior risco à saúde ou à vida que o risco inerente à doença, além de ser efetiva, proporcionando maior quantidade ou qualidade de vida (QUINTO NETO, 1996).

Nesse contexto, um dos fundamentos do Sistema Brasileiro de Acreditação é o foco na segurança, traduzido pela promoção de ambientes seguros, que visam reduzir ou impedir a ocorrência de eventos adversos (ONA, 2010_b).

Autores destacam não haver dúvidas quanto ao fato de que erros humanos na área da saúde podem ser reduzidos mediante construção de sistemas seguros, em que são embutidas barreiras para proteger os pacientes, mediante dispositivos na tecnologia, projetos à prova de falhas, automação de processos, ou sistemas que se autoverificam e que, prontamente, detectam os erros (JURAN, 2009; WACHTER, 2010).

Autores, como Juran (2009), defendem o uso da automação e robótica como solução para sistemas inseguros, uma vez que não haveria lapsos de atenção, perda de memória e cansaço, tais como código de barras ou alarmes em equipamentos. Na área hospitalar, e notadamente na enfermagem, os serviços são prestados face a face, são altamente dependentes de quem os executa e a produção é simultânea ao consumo. A tecnologia está cada vez mais presente no cotidiano hospitalar público brasileiro, porém o cuidado se dá no contato pessoal, o qual é significativamente valorizado pelos pacientes. Pode-se considerar então, que a introdução da tecnologia pode ser um auxiliar para a construção de sistemas mais seguros, porém há que se investir, prioritariamente, nas pessoas e em processos e fluxos que as alertem para os erros e a direcionem para os acertos.

Neste sentido, são citados por Juran (2009) alguns métodos para tratar os erros humanos, baseados num estudo de mil casos em que foram avaliadas as providências tomadas para proteção contra os efeitos dos erros. O primeiro método seria a eliminação, por meio da tecnologia, das operações propensas a erros; o segundo a substituição, em que é mantida a operação propensa a erro, mas é substituído o trabalhador humano por um robô. Outro método é a facilitação, em que tanto a operação propensa a erros como o trabalhador são mantidos, porém o trabalhador recebe meios para reduzir os erros. No método da detecção, nada é feito para evitar o erro humano, mas são envidados esforços para detectá-los, precocemente, de maneira a minimizar os danos. O último método é a mitigação, em que também nada é feito para evitar o erro, entretanto, são fornecidos meios para evitar os danos.

O Sistema Nacional Acreditação é embasado, fortemente, na segurança do paciente e dos clientes internos, e incentiva as organizações a construírem sistemas de gerenciamento de risco, que envolvam ciclos de prevenção, detecção e mitigação do risco, visando um sistema seguro (ONA, 2010_b).

O hospital, em que se desenvolve esta pesquisa, possui o Programa de Acreditação e o Programa de Segurança do Paciente, ambos gerenciados diretamente pela Assessoria de Gestão da Qualidade (ROTHBARTH, 2010). Estes objetivam, a longo prazo, a fomentação para a instalação de uma cultura da segurança permeando naturalmente as atitudes dos profissionais, e a médio prazo, a construção de sistemas mais seguros, que protejam tanto o futuro dos profissionais de saúde, na medida em que não os direciona ao erro, bem como o

dos pacientes, que terão o desfecho esperado à luz da ciência e das evidências (WACHTER, 2010).

Na expectativa de construção de sistemas seguros, o autor recomenda a simplificação dos processos, principalmente aqueles repetitivos; a padronização de rotinas, tais como a demarcação do sítio cirúrgico antes da cirurgia; a melhora do trabalho em equipe e da comunicação interna; e o aprendizado com os erros, por meio de sistemas de notificação e investigação de eventos adversos.

Na Gestão da Qualidade é indispensável a atuação de profissionais preparados para incentivar e orientar equipes, a fim de que participem, efetivamente, dos programas que visam aprimorar a estrutura, processos e resultados, e contribuam para o estabelecimento da cultura de segurança e qualidade e de melhoria contínua, o que pode ser viabilizado mediante processos de consultoria interna.

2.3 CONSULTORIA APLICADA À GESTÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE

Na análise da literatura sobre consultoria na área da saúde, mais especificamente relacionada à Gestão da Qualidade, percebem-se lacunas na produção científica. Entretanto, na área de administração geral, há produção científica que pode ser relacionada à esse foco da gestão na área da saúde.

A consultoria é um processo interativo entre um agente de mudanças interno ou externo à organização, que auxilia no processo de tomada de decisão pelos profissionais executores, sem o controle direto da situação. O agente de mudanças interno é aquele que faz parte do quadro de profissionais da organização, mas não atua no sistema considerado. Já no caso da consultoria externa, pode ser exercida por autônomo ou profissional de uma empresa de consultoria (OLIVEIRA, 2010).

A consultoria realizada por profissionais externos à organização possui a vantagem de melhor aceitação pela alta administração, por ter deliberado esta opção. Todavia, o autor refere que entre as desvantagens da consultoria externa encontram-se o fato de o consultor não deter conhecimentos acerca de aspectos informais e arranjos internos da organização, não possuir poder formal, ter restrito acesso informal às equipes, e não estar presente na rotina da organização.

Entretanto, o fato de a consultoria interna ser exercida por um funcionário da organização, que realiza serviços para as suas diversas áreas, possibilita à organização resolver seus problemas sem a contratação de consultoria externa. Como o consultor interno não exerce o cargo de gerente, o seu papel é ajudar as pessoas a aprender, ao invés de fazer o trabalho por elas (BELMANN, 1993).

A consultoria interna também é considerada um refinamento, com a disponibilidade de fontes especializadas dentro da organização, que auxiliam as gerências na identificação e estudo de problemas, propondo soluções e assessorando a implementação dos planos traçados (MOURA, 2009).

Entre os pontos positivos da consultoria interna, destacam-se que o consultor possui maior conhecimento dos aspectos informais da empresa, acompanha o seu dia a dia e os eventos de maior impacto, possui acesso aos grupos da organização, participa efetivamente na avaliação e no controle do processo inerente ao trabalho efetuado, e tem algum poder formal, pois é parte da estrutura hierárquica da empresa.

Por sua vez, os pontos negativos relacionam-se à situação de que, por fazer parte da organização, o consultor interno pode se tornar cego aos problemas existentes, ser menos imparcial que o desejável devido ao relacionamento pessoal com os colegas de trabalho, além de ter uma certa parcela de contribuição na manutenção da cultura que lhe cabe mudar (KENTON, 2007).

Para Oliveira (2010), o processo e a efetividade da interação entre a consultoria e a organização devem estar sustentados por elevada empatia, sendo recomendado que o consultor atue de acordo com os princípios básicos da técnica de desenvolvimento organizacional. Esta corresponde a um processo de mudança planejada com a finalidade de mudar crenças, atitudes e valores da organização, visando à mudança de cultura, implantação de novos processos ou tecnologias e demais desafios. Objetiva a obtenção de resultados relacionados ao desenvolvimento da competência interpessoal; redução de tensões e atritos; geração de informações objetivas e pertinentes sobre a realidade da organização, com o devido *feedback* às equipes.

Adicionalmente, segundo Oliveira (2010), a consultoria proporciona a criação de um clima de aceitação e receptividade para o diagnóstico a ser realizado, e para a proposta de solução dos problemas. Este clima favorece também o estabelecimento de objetivos quantificados e bem delineados, de programação de

atividades e avaliação de desempenho das unidades organizacionais e das equipes de trabalho, de forma mensurável. Por fim, presta-se ainda, para o aperfeiçoamento dos sistemas e processos de informação, decisões e comunicações (ascendentes, descendentes, diagonais e laterais).

As equipes devem acreditar, ter esperanças, as quais podem surgir quando novas perspectivas geram novas alternativas. Podem ser auxiliadas a desfocar os problemas atuais de forma a entenderem a diferença entre o que possuem e o que querem alcançar, e a se perceberem como agente de mudanças. Ademais, os profissionais necessitam tanto vislumbrar uma visão de futuro do seu setor e da organização, quanto acompanhar seus progressos concretos na resolução dos problemas identificados (BELMANN, 1993). Portanto, a consultoria interna pode ser o meio mais prático e econômico de propiciar essas oportunidades de descobertas e transformações da realidade do mundo do trabalho na área da saúde.

Independente do método escolhido, a consultoria interna interfere na rotina das pessoas, provocando efeitos também na organização. Portanto, a intervenção, por parte do consultor, deve caminhar no sentido de auxiliar o cliente interno a obter informações válidas e alternativas que o ajude na decisão, sendo esta considerada como sua responsabilidade, mas apoiada na ajuda do consultor. Nessa perspectiva, o consultor é um agente de mudança que contribui para que os profissionais assumam a responsabilidade pela mudança organizacional.

Todavia, considerando que as mudanças organizacionais são atividades intencionais, pró-ativas e direcionadas para o alcance de metas (ROBBINS, 2005), estas podem provocar efeitos desejados e indesejados sobre as pessoas.

É esperado que ocorra um processo de resistência como resultado da tendência individual ou grupal a se opor às forças que objetivam conduzir o sistema para um novo patamar de equilíbrio. Esta resistência não é necessariamente negativa, ela pode ser salutar se pressionar os líderes da mudança a serem mais cuidadosos no planejamento da natureza da mudança, desenhando os processos de modo a torná-la mais compatível com o ambiente e com a realidade das pessoas inseridas no contexto (HERNANDEZ, 2001).

Dessa forma, o consultor deve estabelecer alguns processos que podem reduzir a resistência, informando os fatos, necessidades, objetivos e prováveis efeitos da mudança; persuadindo os envolvidos e os afetados pela alteração sobre os fatores que levaram à decisão da mudança; e solicitando colaboração no

diagnóstico, decisão e planejamento de ações decorrentes dos trabalhos de consultoria. Espera-se que o resultado das intervenções da consultoria gerem a adoção espontânea à mudança pela maioria dos profissionais envolvidos e que aqueles indecisos tomem a decisão de superar esta resistência (HERNANDEZ, 2001).

Para o consultor interno, e também as lideranças condutoras da mudança na organização, há que se levar em consideração que existem situações que podem levar ao fracasso ou ao êxito. Destacam-se entre as que levam ao fracasso, a discrepância entre as afirmações da alta administração quanto a seus valores e estilos e seu efetivo comportamento administrativo; a ausência de bases sólidas quanto às metas de mudanças e a estrutura de trabalho voltada para o curto prazo. (HERNANDEZ, 2001).

Cabe ao consultor interno realizar intervenções junto às equipes de forma a provocar as mudanças desejadas. Segundo Argyris (1970), o objetivo da intervenção deve considerar não só a resolução do conjunto específico de problemas priorizados, mas incluir a manutenção do nível atual de competência em tomar decisões e resolver os seus problemas com autonomia. Isso implica que os profissionais sejam capazes de reconhecer e investigar erros e falhas ocorridos, gerar conhecimento, aprender e contribuir para a aprendizagem organizacional (ARGYRIS; SCHON, 1996).

Para o sucesso da técnica de desenvolvimento organizacional aplicada à consultoria, Oliveira (2010) reconhece como condições: a pressão do ambiente interno ou externo para a realização da mudança; o desejo do diagnóstico real do problema pela alta administração; a existência de liderança; a colaboração entre o pessoal das atividades-fins e das atividades de apoio.

Outras condições para o sucesso da consultoria referem-se aos seguintes aspectos: a disposição da organização em assumir riscos; a existência de perspectiva realística e de longo prazo; a disposição para enfrentamento dos dados da situação identificada e analisada pelo consultor; a existência de um sistema de recompensa das pessoas pelo esforço de mudança; e a existência de resultados intermediários tangíveis, provenientes da organização e dos trabalhos do consultor.

Ao se iniciar os trabalhos de consultoria interna, é recomendável planejar o tempo da consultoria, considerando-se os interesses e disponibilidade do consultor e do público alvo da consultoria.

Oliveira (2010, p.108) recomenda alguns questionamentos que podem ser úteis ao consultor na avaliação do tempo envolvido em cada processo, conforme o Quadro 1.

PERGUNTAS- CHAVE PARA AVALIAÇÃO DO TEMPO NA CONSULTORIA
Que resultados desejados foram alcançados hoje?
Que atividades planejadas não foram realizadas?
Que atividades não planejadas foram realizadas?
O que foi feito sem necessidade?
O que foi feito que poderia ser delegado?
O que poderia ter sido feito mais rapidamente ou mais simples?
O que foi iniciado e não concluído?
O que não foi decidido hoje ou adiado sem necessidade?
O tempo foi gasto de acordo com as verdadeiras prioridades?
Quais foram os desperdiçadores de tempo, isto é, o que aconteceu que não permitiu aproveitar melhor o tempo?

QUADRO 1 - QUESTIONAMENTOS PARA AVALIAÇÃO DO TEMPO NA CONSULTORIA
FONTE: Oliveira (2010)

São diversos os tipos de consultoria, sendo abordada a seguir, a consultoria especializada, foco desta dissertação, que segundo Oliveira (2010), atua em um ou reduzidos assuntos dentro de uma área de conhecimento. A especialização melhora a qualidade nos serviços devido ao elevado conhecimento e experiência do consultor a respeito do assunto; também possibilita maior interação com outros sistemas da organização, devido às metodologias e técnicas administrativas já desenvolvidas ou adaptadas. A especialização também possibilita maior rapidez e menor custo, bem como realização dos treinamentos em serviço, durante a consultoria.

Para a realização da consultoria interna na Gestão da Qualidade são requeridas competências. Neste caso a competência é conceituada como um saber agir de modo responsável, que implica mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado (LE BORTEF, 1995).

O conhecimento está relacionado ao nível de preparo do consultor de modo a favorecer o resultado inerente à situação apresentada. As habilidades consideram a

flexibilidade e interatividade para otimizar os resultados inerentes às situações apresentadas, e as atitudes consideram o posicionamento perante as situações planejadas ou inesperadas (OLIVEIRA, 2010).

Uma das habilidades exigidas ao consultor interno é a objetividade, evitando inconsistências e ambigüidades quanto aos resultados esperados, expondo com clareza os comportamentos necessários para que os objetivos sejam atingidos; e oferecendo também detalhamento suficiente das ações a fim de permitir testes reais.

A teoria argumentada pelo consultor interno deve refletir suas ações no dia a dia na organização, sob pena de perda de confiança. Cabe também ao consultor interno criar uma ambiência favorável à adesão às novas práticas, por meio da participação efetiva das pessoas e do diálogo aberto e produtivo, bem como da liberdade para que questões ocultas venham à tona de maneira sincera (ARGYRIS, 2005).

Esse autor considera que o erro é inerente à atividade humana e pode ocorrer em situações de inovação, em que as novas idéias ou métodos estão sendo testados. O consultor deve abordar o erro como oportunidade de aprendizado, consolidando na organização a realidade criativa, obtendo assim o comprometimento das pessoas.

Para a eficácia nos resultados da consultoria interna também se torna necessário o desenvolvimento e aplicação de um método. Considerando que o produto da consultoria é a implantação de uma mudança planejada, Oliveira (2010) propõe um método composto de sete etapas, sendo que todas se aplicam também para consultoria interna.

A primeira etapa é a de **Identificação**, na qual é realizado o reconhecimento da situação da organização pelo consultor.

Na segunda etapa denominada **Entrada**, são propostos os seguintes passos: elaboração do contrato de trabalho, no qual são definidas as expectativas e compromissos mútuos; estabelecimento do sistema-alvo, em que o consultor vai atuar; análise do clima e da cultura organizacionais, úteis para testes de receptividade e de confiança mútua, aí incluídas as sondagens das barreiras a serem transpostas.

Como parte das atividades da consultoria, está a solução de problemas. Nesse sentido, Oliveira (2010) recomenda a análise dos ciclos para solução de problemas, com ênfase em alguns pressupostos, tais como a importância relativa

que os problemas assumem em diferentes situações; a possibilidade de categorizar os problemas tendo por base a sua capacidade de gerar outros problemas; e ainda, que a solução somente dos sintomas pode agravar o problema e provocar sua repetição.

Dessa forma, o consultor deve ter como objetivos estabelecer a relação causa e efeito quando da manifestação do problema, categorizar os problemas segundo sua importância relativa, propondo assim alternativas para solução de problemas conforme seu grau de importância.

A terceira etapa é a **Auditoria de Posição**, na qual o consultor realiza entrevistas e levantamentos; efetua análises; define a situação e as necessidades de mudanças; identifica e equaciona problemas; analisa causas alternativas, efeitos, riscos, custos, resistências, acomodações; avalia o potencial da mudança; e identifica os pontos fortes e fracos do sistema-alvo.

A quarta etapa é a de **Planejamento**, na qual o consultor define as estratégias e alternativas para desenvolver e operacionalizar a consultoria. Nesta etapa são definidas as políticas de sustentação para as estratégias; os participantes do projeto e suas responsabilidades; e o detalhamento do projeto, contendo as atividades, seqüências, tempo, recursos, etc. Esta etapa é de elevada criatividade e o consultor deve desenvolver a visão que a organização tem de seu futuro, dentro de um horizonte de tempo mais longo possível.

A quinta etapa é a **Ação**, na qual o consultor operacionaliza o plano de trabalho estabelecido, agindo sobre o sistema alvo. Nesta etapa está incluso o treinamento das pessoas envolvidas e a institucionalização da mudança por meio de atitudes e métodos de solução de problemas. O foco desta etapa é a viabilização e implementação da opção escolhida, dentro de uma situação factível para a organização.

A sexta etapa é a de **Acompanhamento e Avaliação**. Os passos básicos são o controle dos resultados; a auto-avaliação pelos usuários; avaliação pelo agente da mudança (consultor); e o estudo das necessidades de nova auditoria de posição (Etapa 3).

A sétima etapa é a de **Conclusão**, na qual ocorre o desligamento do consultor.

No Processo de Acreditação, a finalidade da consultoria é empoderar o Grupo Interno da Qualidade da unidade/setor a preparar-se, de forma participativa, para a avaliação de acreditação.

Nesse sentido, o método do Arco de Maguerez, aplicado a um grupo operativo, permite ampliar a visão dos participantes acerca dos problemas e transformar a realidade em que esses se circunscrevem. Portanto a sua utilização no desenvolvimento deste projeto visa ampliar a visão dos integrantes do Grupo Interno da Qualidade da Clínica Pediátrica sobre acreditação, **e prepará-la para submeter-se, juntamente com as demais unidades hospitalares, à avaliação de acreditação por instituição acreditadora externa.**

O Arco de Maguerez, elaborado por Charles Maguerez, na década de 70, e tornado público por Bordenave e Pereira a partir de 1977, teve pouca utilização nas duas décadas subsequentes. O livro desses autores foi durante muito tempo a única literatura disponível nos meios acadêmicos sobre a aprendizagem baseada em problemas. Embora atraente, as aplicações do método eram restritas às áreas de Enfermagem e Agronomia (MITRE et al., 2008). Justifica-se a adoção desse método na consultoria interna, pela concepção de que ele atende aos pressupostos de que a consultoria seja um processo participativo, coletivo, crítico-reflexivo, que possibilite o envolvimento e participação das equipes nos diferentes processos da Gestão da Qualidade de uma organização de saúde, e compromisso com os objetivos bem como com os resultados do objeto de consultoria.

Adicionalmente, compreende-se que há compatibilidade entre o Método do Arco de Maguerez com as etapas de consultoria recomendadas por Oliveira (2010).

A seguir serão apresentadas as etapas do Arco de Maguerez, segundo as descrições de Colombo e Berbel (2007) e Mitre et al., (2008). A primeira etapa é a da **observação da realidade** e definição do problema, na qual os participantes se apropriam de informações e são levados a observar a realidade, identificando características que podem ser transformadas mediante a reflexão- ação-reflexão.

Na segunda etapa, **pontos - chave**, é iniciada uma reflexão acerca de os possíveis fatores e determinantes relacionados ao problema; é selecionado o que é relevante e são elaborados os pontos essenciais para a compreensão do problema. Estes pontos podem ser expressos de forma criativa e flexível, como questões básicas que se apresentam para o estudo, afirmações sobre aspectos do problema, ou ainda tópicos a serem investigados.

Na terceira etapa, o grupo realiza a **teorização** do problema ou investigação propriamente dita, construindo respostas mais elaboradas para o problema, a partir do conhecimento apresentado na literatura. As informações pesquisadas são analisadas e avaliadas sob o ponto de vista da resolução do problema e transformação da realidade. Nessa fase, o papel do pesquisador é o de estimulador da participação ativa dos membros do grupo, uma vez que a teorização adequada levará à compreensão real do problema quanto aos aspectos práticos e à sustentação teórica, os quais conduzem o grupo, naturalmente, à quarta etapa, a formulação das **hipóteses de solução**. Nesta, as barreiras devem ser removidas, de modo a permitir a fluência da imaginação a fim de que as alternativas de solução sejam originais e inovadoras.

Na última fase, a **aplicação à realidade**, é realizada a intervenção, na qual são exercitadas e executadas as hipóteses mais viáveis, de modo a generalizar o aprendido para outras situações, ou definir as situações em que as soluções não são convenientes, como um exercício de tomada de decisão.

O Método do Arco permite avaliar uma determinada realidade, intervir por meio de novas informações e conhecimentos e transformá-la, mediante o pensamento crítico e reflexivo. Portanto, ele pode ser desenvolvido adequadamente numa pesquisa participante, de modo a viabilizar ações transdisciplinares para a resolução de problemas da prática de saúde, potencializando a produção do conhecimento coletivo em oficinas (SEIFFERT et al., 2011 ^(b)).

A técnica de oficinas, na modalidade de grupos operativos, foi selecionada por estar em consonância com proposta participativa, necessária ao Modelo de Consultoria Interna para Gestão da Qualidade.

Oficinas, de acordo com AFONSO et al (2006), são trabalhos estruturados com grupos, focados numa questão central que estes se propõem a elaborar, de forma contextualizada, em número variável de encontros. A oficina associa informação com a experiência de cada participante, deve ser flexível e utiliza técnicas de animação, mobilização e comunicação em grupo.

Para esta autora, os grupos operativos são uma modalidade de oficina em que há comprometimento pessoal e interpessoal no enfrentamento da problemática identificada, requerendo mudança de mentalidade, práticas e relações do cotidiano. Permite maior autonomia dos participantes e amplia a reflexão em torno do foco (AFONSO et al., 2006).

O grupo operativo visa compreender as condições reais, e elaborar respostas criativas às necessidades do contexto sócio-cultural, com autonomia e mobilização dos participantes. Nesse sentido, desempenha um relevante papel educativo, sendo que a aprendizagem é mais do que a apreensão de novas informações, envolve também a elaboração de significados, sentimentos e relações (AFONSO et al., 2006).

O coordenador do grupo exerce o papel de co-pensador e co-operador, de dinamizador das relações, de mediador da informação e da reflexão, e não é o detentor do conhecimento. Nos momentos em que o coordenador levar informações para o grupo, dirimir dúvidas ou esclarecer mitos, esses devem estar contextualizados como processos reflexivos, oportunizando opiniões, sugestões e comparações com a própria experiência dos participantes do grupo (AFONSO et al., 2006).

A estrutura do grupo operativo visa balancear o desenvolvimento dos participantes com a tarefa proposta, a criatividade na realização, e a reflexão a partir da mesma. Não é recomendável que este grupo tenha grande número de participantes (mais que 12) ou que haja alta rotatividade entre eles, já que o excesso de entradas e saídas interferem no ritmo de trabalho. É recomendável a heterogeneidade, pois esta ressalta as diferenças que favorecem a criatividade. A duração do grupo operativo pode ser muito variável, sendo recomendável a duração aproximada de sete a 15 encontros (AFONSO et al., 2006).

Após cada encontro/oficina da consultoria interna, o consultor recolhe o material produzido pelo grupo, dados registrados em seu diário de campo ou gravados durante o encontro. Esses dados serão utilizados para a descrição e análise da dinâmica da consultoria interna em cada um dos encontros do grupo.

O consultor pode contar com o apoio de um observador, pois segundo Kind (2004), este é fundamental para validar a investigação, sendo um dos seus papéis mais importantes a análise da rede de interações presentes durante o processo grupal. Cabe a ele, também, apontar as reações da pesquisadora com relação ao grupo, suas dificuldades e limitações.

O observador tem posição menos ativa, restringindo-se ao registro de comunicações não-verbais, linguagem, atitudes, preocupações e ordem de respostas que sejam consideradas importantes. O papel principal do observador é viabilizar a discussão com o moderador após o término do grupo, quando o primeiro

expõe suas impressões e registros, com o intuito de redefinir o temário, evitar conclusões precipitadas por parte da pesquisadora e avaliar as intervenções feitas. Cabe também ao observador, estar atento ao equipamento de multimídia e gravador KIND (2004).

3 METODOLOGIA

Este capítulo trata do método da aplicação do Modelo de Consultoria Interna para Gestão da Qualidade (MCIGQ), especificamente em uma unidade de clínica pediátrica, com vistas a prepará-la para avaliação de acreditação por Instituição Acreditadora Credenciada (IAC). A escolha dessa clínica e do tema a ser trabalhado na consultoria interna justifica-se pela necessidade de preparo dessa unidade para a avaliação de acreditação, bem como pela possibilidade de exemplificação da aplicação do modelo a ser construído em um dos programas de Gestão de Qualidade em um hospital. Serão apresentadas as seguintes seções: tipo da pesquisa, local, aspectos éticos, sujeitos, método, técnicas, etapas, coleta e análise de dados.

3.1 TIPO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa participante, com abordagem qualitativa. Para Brandão (2006), a pesquisa participante distingue-se por permitir uma relação estreita entre as pessoas envolvidas, de modo a permitir o relacionamento compartilhado do aprendizado e das atividades nas diferentes etapas do processo investigativo.

Silva (1991) considera que nesse tipo de pesquisa o pesquisador é um assessor pedagógico, na medida em que este mobiliza as potencialidades criativas dos recursos humanos em direção à solução do problema alvo da investigação com vistas a transformar a realidade.

Brandão (2006) aborda seis princípios metodológicos da pesquisa participante. O primeiro é a autenticidade e compromisso, uma vez que o pesquisador deve demonstrar, honestamente, seu compromisso com a problemática identificada, usando seu conhecimento acadêmico para contribuir com a melhoria da situação. O segundo princípio é o antidogmatismo, a ausência de idéias pré-concebidas ou princípios ideológicos, já que o dogmatismo é um inimigo do método científico.

O terceiro princípio é o da restituição sistemática, na qual o pesquisador participante considera que a cultura das pessoas do local escolhido não é conservadora, mas realista e dinâmica. O retorno a essa cultura deve ser sistemática e organizada, por isto é chamada de “restituição sistemática” (BRANDÃO, 2006, p.51).

Este autor cita algumas regras, tais como a comunicação diferencial, na qual a linguagem e conteúdos devem ser apropriados ao nível do grupo em estudo; a diversificação no uso de técnicas; e, a expertise de pessoas de dentro ou de fora do grupo. As contribuições teóricas ou práticas enriquecem o trabalho, sendo que a decisão sobre o quê pesquisar deve considerar as necessidades e prioridades do grupo, solucionando não somente questões de interesse do pesquisador.

O quarto princípio é o *feedback* para os intelectuais orgânicos, baseado no *feedback* dialético das bases para os intelectuais engajados, objetivando a identificação da ciência com o homem comum. Todavia, este princípio não se aplica na metodologia de consultoria interna para a gestão da qualidade proposta nesta pesquisa.

O quinto princípio é do ritmo e equilíbrio de ação-reflexão. O bom senso no balanceamento entre o conhecimento geral e o concreto permite o movimento sincronizado entre a ação e reflexão e vice-versa, num ritmo motivador para a aplicação das diretrizes e das tarefas do grupo. O conhecimento se move como uma espiral continua, e o pesquisador vai das tarefas mais simples às mais complexas, e do conhecido ao desconhecido.

O sexto princípio é o da ciência modesta e técnicas dialogais. Neste, entende-se que o uso dos recursos locais bem como o aprendizado com a ciência popular não diminuem o rigor científico, ao contrário, considerar as pessoas como elementos ativos e pensantes, e adotar a humildade e a modéstia, inserem a pesquisa científica na realidade do mundo.

Oliveira (1991) *apud* DYNIEWICZ (2007), enriquece o entendimento das etapas na pesquisa participante, contribuindo para o uso deste tipo de pesquisa nas investigações de Enfermagem. Assim, na primeira etapa, a autora alerta para iniciar com a formação de um grupo de participantes que tenham interesse nos propósitos da pesquisa, sendo que o pesquisador é inserido como membro desse grupo. A segunda etapa, que é a de captação da realidade, pode ser melhor executada por

meio de análise documental, levantamentos quantitativos, entrevistas, seguidas de socialização do material entre os pares.

A terceira etapa, que trata da interpretação da realidade objetiva, é realizada pelos elementos do próprio grupo, com o propósito de identificarem contradições e confrontação entre os discursos dos participantes. Nesta etapa, a objetividade significa considerar somente fenômenos da realidade concreta. Entretanto, leva-se em conta a historicidade, pois a análise do momento presente não pode desconsiderar os condicionantes históricos que lhe deram origem. Passa-se, então, à etapa de síntese, na qual são realizadas as intervenções na realidade objetiva.

A última etapa, a da reinterpretação ou releitura da realidade, deve ser conduzida com a descrição de como os participantes reinterpretam a realidade de forma crítica e reflexiva, baseados nas transformações ocorridas. A autora destaca que as etapas podem e devem ser dinâmicas e, por vezes, simultâneas, encadeando um movimento que respeite o ritmo do grupo.

3.2 LOCAL

A pesquisa foi realizada na Unidade de Clínica Pediátrica do Hospital de Clínicas da UFPR. No planejamento estratégico deste hospital, consta como meta a obtenção da certificação de acreditação hospitalar, além desta ser uma das exigências do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) conforme a Portaria Ministerial 883 de 05 de julho de 2010. Até o início desta pesquisa, a Clínica Pediátrica executava, parcialmente, as atividades necessárias para o preparo visando à avaliação de certificação de acreditação, motivo pelo qual foi selecionada para o desenvolvimento deste estudo.

Esta clínica possui 16 leitos, sendo oito destinados à especialidade de Hematopediatria, cuja patologia predominante é a leucemia. As demais especialidades clínicas são Endocrinopediatria, com predominância de diabetes e tumor de supra-renal; Neuropediatria com crianças internadas devido a convulsões e complicações de paralisias; Pneumopediatria com internamentos por fibrose cística; Dermatopediatria sendo mais comuns as dermatites, e finalmente

Hepato/gastropediatria com internamentos de crianças em pré e pós transplante de fígado, refluxo gastroesofágico, alergia à proteína do leite e cirrose hepática.

Os clientes da Clínica Pediátrica são crianças de 29 dias a 14 anos de idade, com predominância na ocupação dos leitos por patologias hematológicas, uma vez que a taxa de ocupação média é de 112% para esta especialidade.

A estrutura física é composta por oito enfermarias, cada uma com dois leitos e um banheiro compartilhado entre duas enfermarias. Há uma enfermaria destinada a isolamento.

Compõem a equipe de enfermagem três enfermeiras, três técnicas de enfermagem, 15 auxiliares de enfermagem e uma atendente de saúde. Desde 1999 o cuidado de enfermagem é integral.

Há atuação também de uma variada equipe multidisciplinar que atua conjuntamente com a enfermagem e médicos, tais como nutricionista, assistente social, docente de terapia ocupacional, secretárias, zeladoras, além de alunos das diversas profissões da área da saúde.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Foi solicitada a autorização da Direção Geral do Hospital e da Chefia de enfermagem da Clínica Pediátrica, a fim de que fosse desenvolvido o projeto da pesquisa, o qual foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o registro CAAE 5144.0.000.091-10, por estar de acordo com todos os aspectos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O nome da instituição foi identificado no estudo, após a autorização da Direção (ANEXO 2). Os sujeitos participaram da pesquisa somente após a assinatura do TCLE (APÊNDICE 1). Seus nomes foram omitidos, e foram atribuídos códigos de identificação, constituídos das três primeiras letras de sua categoria profissional e um número cardinal. Foi permitido aos sujeitos o direito de desistirem de participar na pesquisa em qualquer momento do seu desenvolvimento.

3.4 SUJEITOS

Participaram da pesquisa nove integrantes do Grupo Interno da Qualidade, constituído por profissionais que atuam na Clínica Pediátrica, contemplando as diversas categorias profissionais (enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e auxiliar de escritório) e os três turnos de trabalho, e que aceitaram participar das oficinas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de inclusão dos sujeitos foram ser membro do Grupo Interno da Qualidade da Clínica Pediátrica, e aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1). O Grupo Interno da Qualidade foi constituído sob a coordenação da Enfermeira Chefe da Unidade previamente à realização da pesquisa.

3.5 MÉTODO

Nesta seção apresenta-se o Modelo de Consultoria interna para a Gestão da Qualidade proposto pela autora para ser aplicado a uma situação específica – o preparo de unidade hospitalar para a avaliação de certificação de acreditação.

O Modelo de Consultoria Interna tem como pressupostos que ela seja um processo participativo, coletivo, crítico-reflexivo, que possibilita o envolvimento e participação das equipes nos diferentes processos da gestão da qualidade de uma organização de saúde, e o compromisso com os objetivos bem como com os resultados do objeto de consultoria.

Como opção pedagógica, o modelo utiliza a metodologia da problematização de acordo com o Método do Arco de Maguerez, desenvolvida em oficinas.

Na primeira etapa metodológica é apresentada a proposta da consultoria. A seguir, apresenta-se a contextualização do trabalho de grupo, cuja finalidade é preparar a unidade para a certificação de acreditação. Também é o momento de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE 1) e do estabelecimento de um contrato grupal entre todos os participantes. As pessoas que quiseram participar dos trabalhos do grupo se comprometerão a participar de

oficinas, realizar as atividades propostas e, em caso de ausência a alguma delas, tomar conhecimento dos registros das atividades realizadas, elaborado pela pesquisadora. O grupo define o horário, local, dia da semana e duração das oficinas. A pesquisadora apresenta a proposta de trabalho e de conteúdos que serão desenvolvidos, discutidos e definidos pelo grupo. A pesquisadora explica que haverá flexibilidade no número de etapas definidas e dos conteúdos a serem abordados, de modo a respeitar as necessidades e ritmo do grupo. Esta primeira etapa é realizada em uma reunião.

Na segunda etapa metodológica é realizada a primeira oficina para a fase de observação da realidade e definição do problema. Os participantes observam a realidade com seus próprios olhos, conhecem e discutem o relatório da auditoria interna diagnóstica, realizada pela Assessoria de Gestão da Qualidade, onde são apresentadas as não-conformidades da unidade perante os padrões descritos no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA. Também são discutidos o significado de cada uma das não-conformidades constantes no relatório da auditoria diagnóstica, assim como os termos utilizados pelo Programa de Qualidade do hospital.

A terceira etapa metodológica compreende a fase de identificação de pontos-chave. É realizada uma segunda oficina em que são identificadas as não-conformidades cuja resolução estão na governabilidade da equipe. Esta fase é fortalecida pela expertise, competências e julgamento crítico dos membros da equipe. Adicionalmente, define-se nesta oficina o compromisso de cada participante, em proceder a um aprofundamento teórico acerca de temas como cultura da organização versus capacidade desta em promover mudanças, responsabilidade individual e coletiva, cultura da segurança, e gestão e ferramentas da qualidade, utilizando outras referências além dos textos ofertados pela pesquisadora. Esse aprofundamento subsidiará desenvolvimento da quarta etapa.

Na quarta etapa metodológica ocorre a Teorização, na qual os dados obtidos até o momento são registrados, analisados e discutidos, dando-lhes um sentido para sua aplicação na análise das causas e da busca de soluções para as não-conformidades identificadas. Assim, espera-se que o conhecimento seja construído, paulatina e coletivamente, tendo por base o referencial teórico pesquisado e a experiência do grupo, em quantos encontros sejam necessários. São definidas as ferramentas que serão utilizadas para obtenção do resultado de atender aos padrões constantes no Manual de Acreditação da ONA.

Na quinta etapa são enunciadas as Hipóteses de Solução, a partir do estímulo da criatividade e originalidade dos elementos do grupo. Concretiza-se por meio de revisão ou elaboração de plano de ação, objetivando torná-lo factível, fazendo uso das ferramentas da qualidade apropriadas, e de esclarecimentos sobre os mecanismos institucionais disponíveis para solução dos problemas.

A última etapa é a da Aplicação à Realidade, que trata da intervenção. Esta consiste em uma oficina para preparar o Grupo Interno da Qualidade para auto-avaliação por meio da realização de auditoria interna, utilizando os mesmos itens de verificação da auditoria diagnóstica, com medição em percentuais das não-conformidades solucionadas pela Unidade. Após a auto-avaliação, é realizada outra oficina para relato da experiência do grupo e discussão dos resultados, comparando-os com os dados obtidos na auditoria diagnóstica. Também é avaliada a experiência do grupo na participação do processo de aplicação do Modelo de Consultoria Interna.

O Quadro 2 apresenta o Modelo teórico de Consultoria Interna para o preparo de unidades hospitalares para a certificação de acreditação.

MODELO TEÓRICO DE CONSULTORIA INTERNA PARA O PREPARO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO				
FINALIDADE DA CONSULTORIA INTERNA NA GESTÃO DA QUALIDADE	MÉTODO	ATIVIDADE	TÉCNICA	PRODUTO ESPERADO
Definir o método a ser adotado na consultoria interna para determinado processo da gestão da qualidade.	<p>Objetivo: ampliar a visão dos integrantes da equipe da Clínica Pediátrica sobre acreditação, e prepará-la para submeter-se à avaliação de acreditação por instituição acreditadora.</p> <p>O método do Arco de Maguerez é composto por 5 etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade.</p>	<p>Reunião preliminar</p> <ul style="list-style-type: none"> - apresentar a proposta da pesquisa, ou seja, de aplicação de um modelo de consultoria interna para gestão da qualidade, mediante oficinas, utilizando a metodologia do Arco de Maguerez; - obter assinatura do TCLE; - estabelecer contrato entre os participantes, com definição de horário, local, dia da semana e duração das oficinas. 	<p>Exposição dialogada com apresentação de <i>slides</i>;</p> <p>Leitura pelos participantes;</p> <p>Discussão em grupo.</p>	<p>Desenvolvimento da consultoria a partir da participação ativa e reflexiva por parte da equipe em todas as etapas do preparo da unidade para a acreditação hospitalar;</p> <p>Aplicação da metodologia do Arco de Maguerez.</p>

QUADRO 2 - . MODELO TEÓRICO DE CONSULTORIA INTERNA PARA PREPARAÇÃO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO (continua)

FONTE: O autor (2011)

MODELO TEÓRICO DE CONSULTORIA INTERNA PARA O PREPARO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO				
Elaborar um diagnóstico situacional ressaltando pontos fortes e não-conformidades, tendo por base os padrões de qualidade almejados pela direção do hospital.	Etapa 1 - observação da realidade: - definição do problema, na qual os participantes se apropriam de informações e são levados a observar a realidade, - identificação das características que podem ser transformadas mediante a reflexão- ação-reflexão.	Oficina 1 - discutir o relatório da auditoria interna realizada pelo Comitê da Qualidade; - discutir o significado de todas as não conformidades constantes no relatório; - discutir a terminologia utilizada pelo programa de qualidade do hospital.	Leitura minuciosa de todos os itens Exposição dialogada com apresentação de <i>slides</i> dos termos do relatório X Manual de Acreditação ONA X terminologia da qualidade	Elaboração de diagnóstico situacional ressaltando pontos fortes e não-conformidades nas unidades/serviços, tendo por base os padrões da ONA.

QUADRO 2 -. MODELO TEÓRICO DE CONSULTORIA INTERNA PARA O PREPARO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO (continuação)
 FONTE: O autor (2011)

MODELO TEÓRICO DE CONSULTORIA INTERNA PARA O PREPARO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO				
Facilitar a reflexão dos profissionais quanto a sua capacidade de promover mudanças para a melhoria contínua da qualidade hospitalar.	Etapa - 2 pontos – chave: <ul style="list-style-type: none"> - reflexão acerca de possíveis fatores e determinantes relacionados ao problema, - seleção do que é relevante - elaboração de pontos essenciais para a compreensão do problema. 	Oficina 2 <ul style="list-style-type: none"> - identificar as não-conformidades cuja resolução está na governabilidade da unidade; - destacar as relevantes segundo os critérios da ONA, aquelas que necessitam discussão para encontrar alternativas em conjunto, e que envolvem diferentes setores/ unidades e profissionais. - detalhar pontos essenciais para a compreensão de cada não conformidade; - aprofundar o conhecimento teórico sobre: cultura da organização versus capacidade em promover mudanças, responsabilidade individual e coletiva, cultura da segurança, e indicadores de segurança. 	<p>Leitura do relatório através de multimídia e texto impresso;</p> <p>Identificação das não-conformidades sob governabilidade do grupo;</p> <p>Leitura e condução da discussão sobre o conteúdo, por um dos membros seguida de discussão em grupo;</p> <p>Exposição dialogada, com apresentação de <i>slides</i> das ferramentas da qualidade em uso na instituição;</p> <p>Trabalho em grupo para mapeamento dos riscos, levantamento de medidas preventivas e de contenção, e elaboração de indicadores de segurança.</p>	<p>Reflexão pelos profissionais quanto a sua capacidade de promover mudanças para a obtenção de um ambiente seguro para pacientes e profissionais;</p> <p>Participação em oficina de gerenciamento de riscos promovida pela instituição.</p>

QUADRO 2 -. MODELO TEÓRICO DE CONSULTORIA INTERNA PARA PREPARAÇÃO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO (continuação)
 FONTE: O autor (2011)

MODELO TEÓRICO DE CONSULTORIA INTERNA PARA PREPARO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO				
Facilitar o entendimento dos profissionais quanto à finalidade, objetivos, metas, ferramentas, terminologia, e atividades relativas aos processos da gestão da qualidade hospitalar.	<p>Etapa 3 - teorização do problema ou investigação propriamente dita;</p> <ul style="list-style-type: none"> - construção de respostas mais elaboradas para o problema, a partir do conhecimento apresentado na literatura; - Análise e avaliação das informações pesquisadas para resolução do problema e transformação da realidade. 	<p>Oficina 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar o conhecimento teórico acerca do tema gestão e ferramentas da qualidade; - Analisar e discutir os dados registrados até o momento, dando-lhes um sentido para sua aplicação; - Definir as ferramentas que serão utilizadas para atender aos padrões do Manual da ONA. 	<p>Exposição dialogada com apresentação de slides, sobre aplicabilidade das ferramentas da qualidade na gestão;</p> <p>Discussão em grupo a partir da reapresentação do Arco de Maguerez, situando nas etapas as informações trabalhadas até o momento;</p> <p>Escolha pelo grupo das ferramentas da qualidade que serão utilizadas na construção do plano de ação e resolução contínua das não-conformidades.</p>	Entendimento pelos profissionais quanto à finalidade, objetivos, ferramentas, terminologia, e atividades relativas à acreditação hospitalar.

QUADRO 2 -. MODELO TEÓRICO DE CONSULTORIA INTERNA PARA PREPARAÇÃO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO (continuação)
 FONTE: O autor (2011)

MODELO TEÓRICO DE CONSULTORIA INTERNA PARA O PREPARO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO				
Capacitar profissionais para a execução de processos relativos à gestão da qualidade hospitalar.	Etapa 4 - Hipóteses de solução - Remover as barreiras permitindo a fluência da imaginação para que as alternativas de solução sejam originais e inovadoras.	Oficina 4 - Utilizar as ferramentas da qualidade apropriadas para ações com vistas à solução de não conformidades (planejar, intervir, avaliar e agir corretivamente); - Elaborar/ revisar o plano de ação, objetivando torná-lo factível; - Identificar os mecanismos institucionais disponíveis para solução dos problemas; - construir o indicador de segurança do paciente.	Trabalho em grupo: Elaboração do plano de ação tendo por base a ferramenta 5W2H e PDCA; Discussão em grupo.	Profissionais capacitados para a execução de processos relativos à acreditação hospitalar.

QUADRO 2 -. MODELO TEÓRICO DE CONSULTORIA INTERNA PARA PREPARAÇÃO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO (continuação)
FONTE: O autor (2011)

MODELO TEÓRICO DE CONSULTORIA INTERNA PARA O PREPARO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO				
<p>-Estimular e orientar profissionais para motivá-los à execução de ações voltadas à melhoria dos processos de gestão hospitalar;</p> <p>- Promover a discussão sobre atitudes, comportamentos favoráveis e administração de conflitos nos relacionamentos entre profissionais, serviços internos e externos envolvidos no processo de gestão da qualidade hospitalar.</p>	<p>Etapa 5 - aplicação à realidade - intervenção</p> <p>- Realização da intervenção;</p> <p>- exercitar e executar as hipóteses mais viáveis, de modo a generalizar o aprendido para outras situações, ou</p> <p>- definir as situações em que as soluções não são convenientes, como um exercício de tomada de decisão.</p>	<p>Oficina 5</p> <p>- Avaliar a execução do plano de ação, redefinindo-o se necessário;</p> <p>- Discutir o retorno da contribuição para a segurança do paciente e equipe, na perspectiva pessoal, profissional e institucional;</p> <p>- Promover discussão sobre atitudes, comportamentos favoráveis e administração de conflitos nos relacionamentos entre profissionais, serviços internos e externos envolvidos no processo de acreditação hospitalar;</p> <p>- Preparar o grupo interno de qualidade para realizar a auditoria interna;</p> <p>- Estimar os resultados de resolução das não-conformidades, traduzidos em percentuais;</p> <p>- Analisar a evolução dos resultados obtidos em relação aos da auditoria preliminar.</p>	<p>Espaço temporal de 30 dias para realização da intervenção, a qual consiste em:</p> <p>1) Aplicação do plano de ação elaborado,</p> <p>2) Construção dos indicadores de segurança do paciente que serão gerenciados pela unidade, após instrumentalização do curso de gerenciamento de riscos ofertado pela instituição.</p> <p>Discussão em grupo:</p> <p>- Avaliação qualitativa e quantitativa dos resultados da intervenção;</p> <p>-Exposição dialogada sobre o tema auditoria interna, pela pesquisadora, com simulação em um setor da unidade;</p> <p>-Prática de auditoria interna em toda a unidade realizada pelo grupo interno da qualidade;</p> <p>-Oficina com dinâmicas de grupo oportunizando a discussão dos conflitos existentes.</p>	<p>Profissionais motivados para a execução de ações que garantam a segurança do paciente e equipe;</p> <p>Participação e co-responsabilidade dos profissionais da unidade/serviço com o processo de acreditação, visando sua independência e autonomia;</p> <p>Discussão sobre atitudes, comportamentos e administração de conflitos nos relacionamentos entre profissionais, serviços internos e externos envolvidos no processo de acreditação hospitalar.</p>

QUADRO 2 - MODELO TEÓRICO DE CONSULTORIA INTERNA PARA PREPARO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO (continuação)

FONTE: O autor (2011)

MODELO TEÓRICO DE CONSULTORIA INTERNA PARA O PREPARO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO				
<p>Avaliar os resultados da metodologia aplicada;</p> <p>Incentivar o compromisso com a manutenção dos níveis de qualidade alcançados.</p>	<p>Etapa 5 – Aplicação à realidade – Avaliação</p> <p>-Preparação da unidade para avaliação de certificação;</p> <p>-Análise da aplicabilidade do modelo de consultoria interna.</p>	<p>Oficina 5</p> <p>- Discutir a experiência de participação ativa em todas as etapas do preparo para acreditação hospitalar;</p> <p>- Discutir o compromisso de monitoramento contínuo de indicadores de segurança, utilização de ferramentas de controle da qualidade de estrutura, processos e resultados e realização de auditorias internas periódicas.</p>	<p>Dinâmicas de grupo para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - discussão dos comportamentos observados; -avaliação da experiência; - discussão do compromisso com a manutenção dos ganhos obtidos; - avaliação da aplicabilidade do modelo teórico; - discussão das perspectivas futuras. 	<p>O modelo teórico atinge o propósito de preparar a unidade de Clínica Pediátrica para a avaliação de acreditação, de maneira participativa e crítico-reflexiva.</p>

QUADRO 2 - MODELO TEÓRICO DE CONSULTORIA INTERNA PARA PREPARO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO (conclusão)

FONTE: O autor (2011)

A metodologia do Modelo Lógico é utilizada por gestores, principalmente da esfera pública, para planejar e avaliar o funcionamento de programas, objetivando desenhar avaliações destes, de modo a possibilitar a mensuração do desempenho. Assim, o processo de planejamento por meio da construção de modelos lógicos auxilia equipes gerenciais a criar um entendimento comum e expectativas compartilhadas de determinados programas (BRASIL, 2007).

O desenho do Modelo Lógico é um esquema visual que, neste estudo, expõe o funcionamento do processo de consultoria interna na gestão da qualidade/acreditação, e fornece uma base objetiva dos seus aspectos operacionais, quer sejam componentes, finalidades, métodos, ações e técnicas, produtos e resultados, de modo a apresentar como eles se articulam para o cumprimento dos seus objetivos e metas da consultoria interna.

Compreendem-se ações como as operações que contribuem para atender aos objetivos da consultoria, e resultam em produtos (bens ou serviços). Os resultados, por sua vez, são as mudanças e benefícios associados à implementação das ações, tais como mudanças no comportamento, aquisição ou aprofundamento do conhecimento, habilidades, melhorias alcançadas. Os resultados intermediários são aqueles relacionados à intervenção nas causas da problemática em foco; os definitivos ou resultados finais, correspondem ao alcance dos objetivos (BRASIL, 2007).

Desta forma, o Modelo Lógico detalha o Modelo Teórico. O teórico visa fornecer uma compreensão mais aprofundada dos mecanismos envolvidos na sua operacionalização, por meio da explicitação da relação entre os aspectos operacionais e outros fatores que podem influenciar no alcance de objetivos e metas da consultoria (BEZERRA, CASARIN, ALVES, 2010). Objetiva também, evidenciar os fatores importantes do contexto onde a consultoria se desenvolve, descrevendo as possíveis influências sobre os resultados (HARTZ, 2005).

No Modelo Lógico, há a necessidade de explicitar as idéias, hipóteses e expectativas estruturais do modelo e o funcionamento esperado. Assim, o desenho do Modelo Lógico da consultoria interna pode ser utilizado para avaliação da consistência do Modelo Teórico, identificando deficiências com potencial para interferir na sua aplicabilidade e no resultado esperado (BRASIL, 2007). Na Figura 1 a seguir, é apresentado o Modelo Lógico proposto nesta pesquisa.

PARTE I - OBSERVAÇÃO DA REALIDADE E COMPREENSÃO DO PROBLEMA

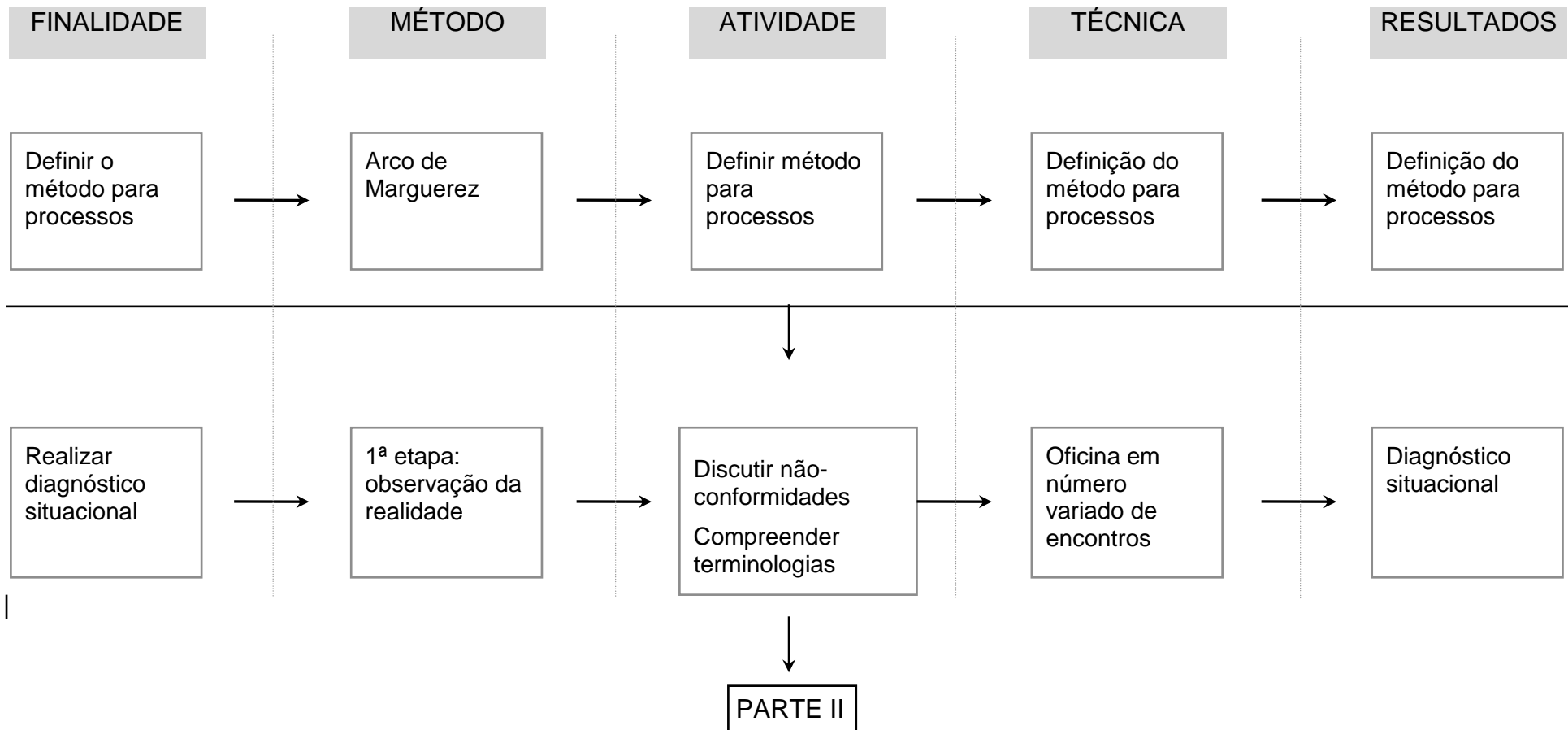


FIGURA 1 - DIAGRAMA DO MODELO LÓGICO DE CONSULTORIA INTERNA (continua)
 FONTE: O autor (2011)

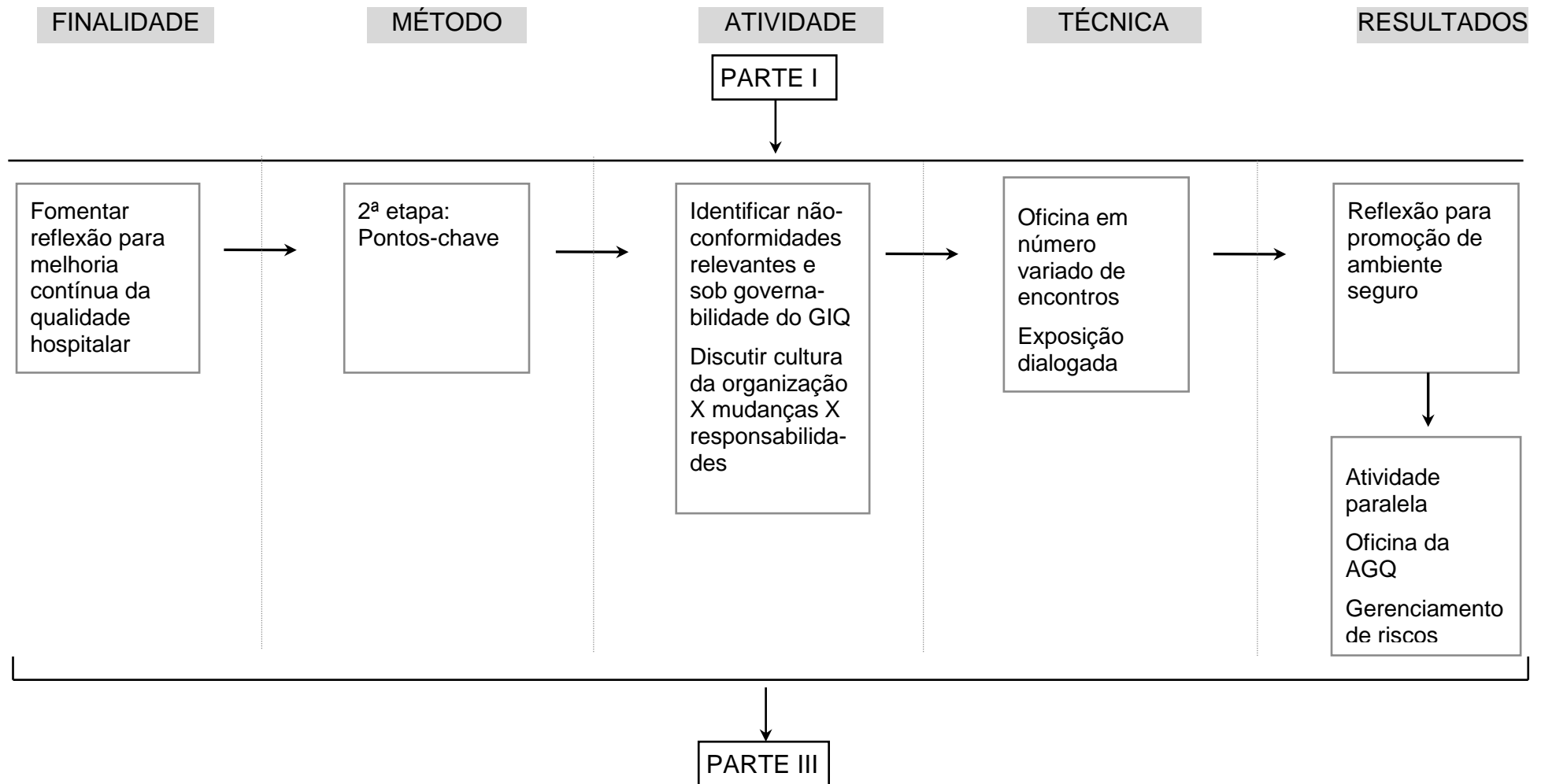


FIGURA 1 - DIAGRAMA DO MODELO LÓGICO DE CONSULTORIA INTERNA (continuação)

FONTE: O autor (2011)

PARTE III - TEORIZAÇÃO DO PROBLEMA

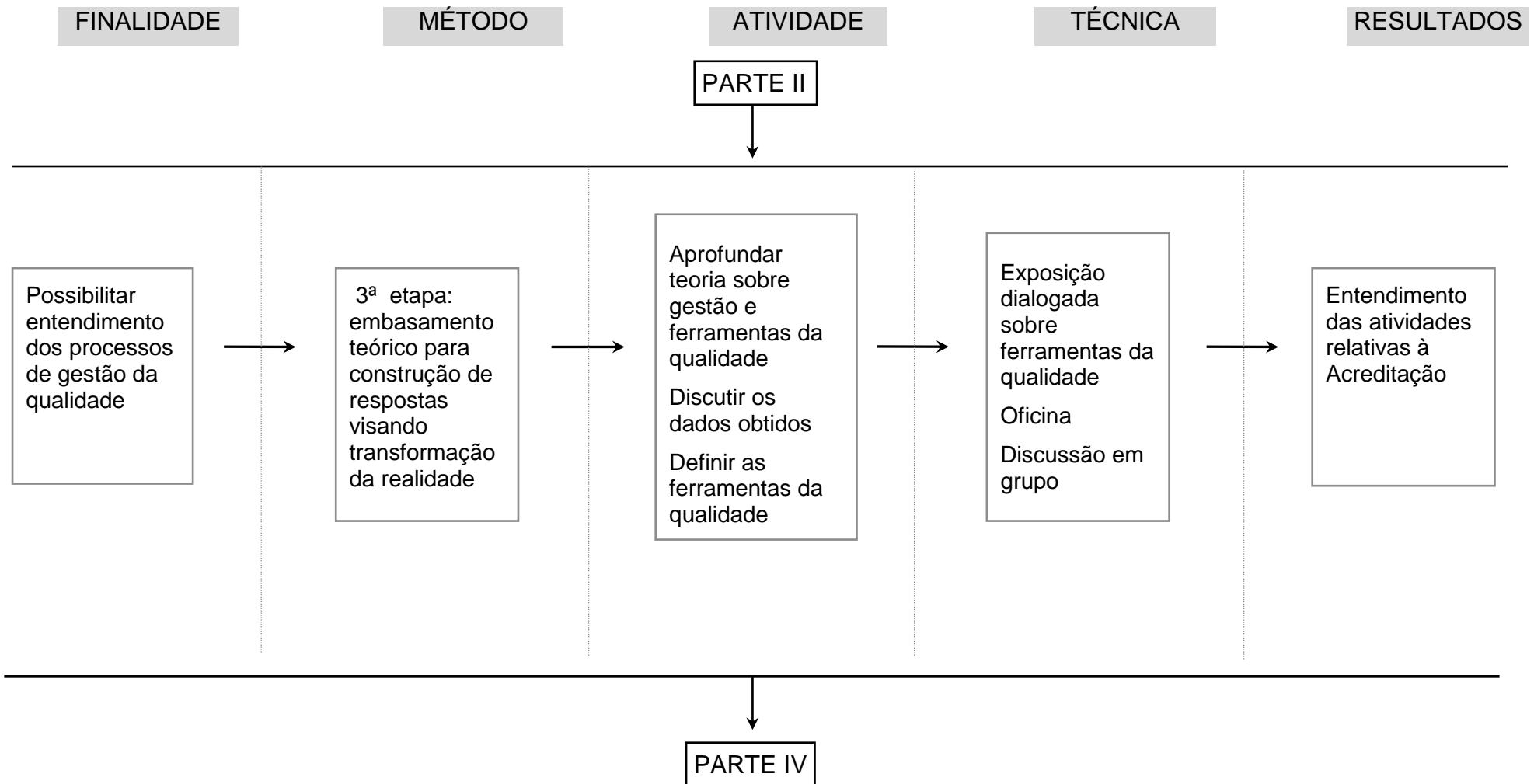


FIGURA 1 - DIAGRAMA DO MODELO LÓGICO DE CONSULTORIA INTERNA (continuação)
 FONTE: O autor (2011)

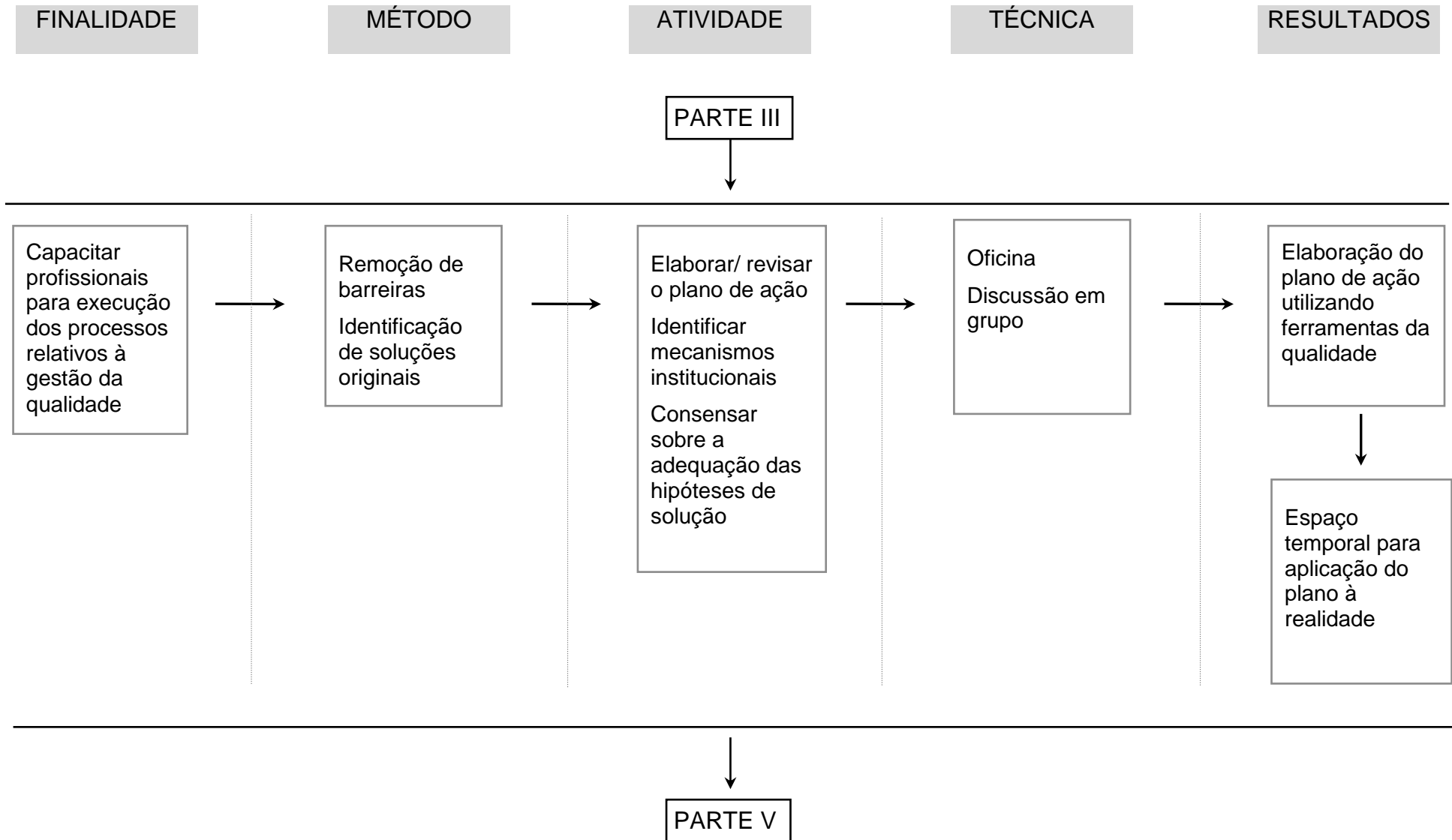


FIGURA 1 - DIAGRAMA DO MODELO LÓGICO DE CONSULTORIA INTERNA (continuação)
FONTE: O autor (2011)

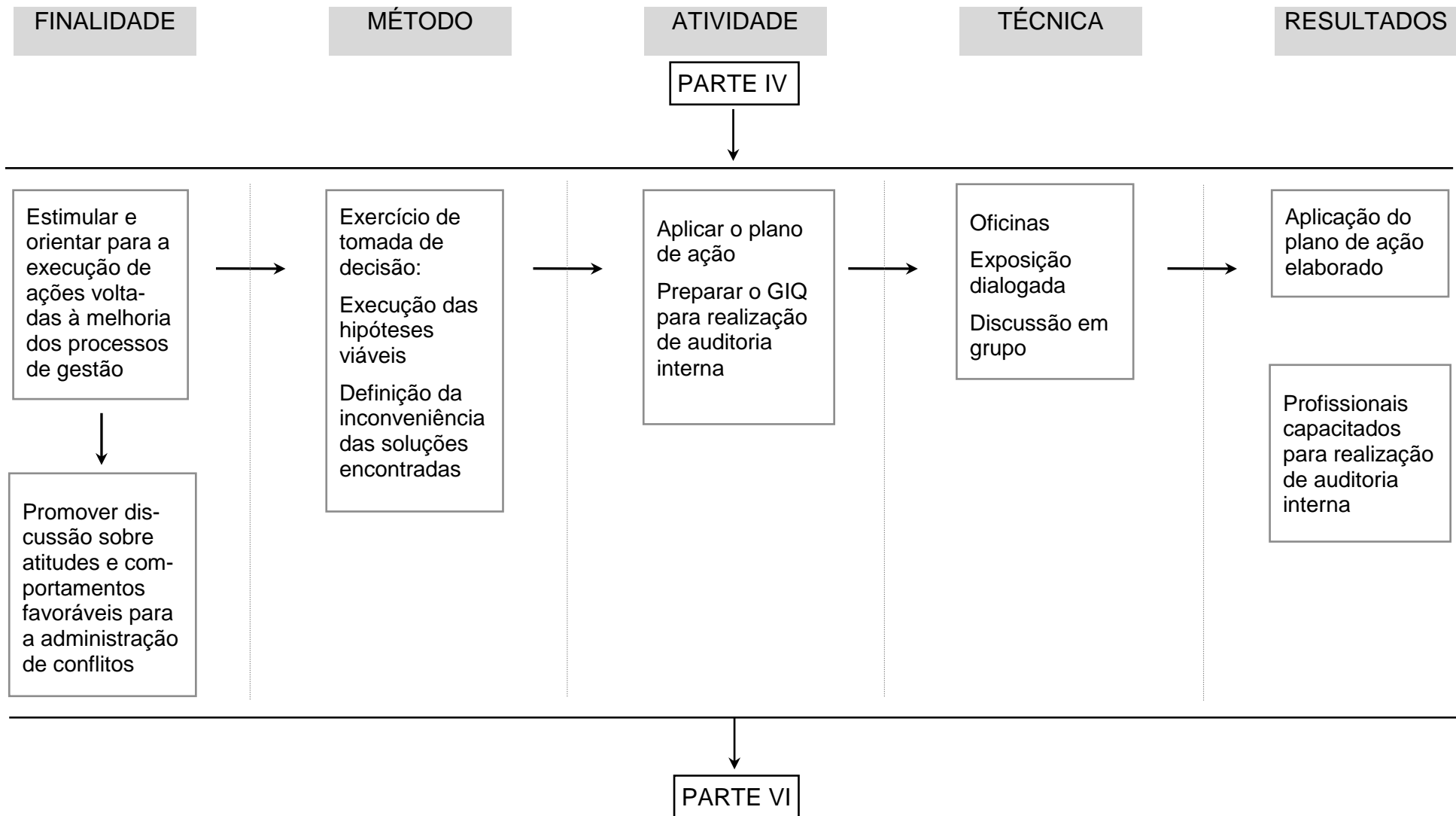


FIGURA 1 - DIAGRAMA DO MODELO LÓGICO DE CONSULTORIA INTERNA (continuação)
FONTE: O autor (2011)

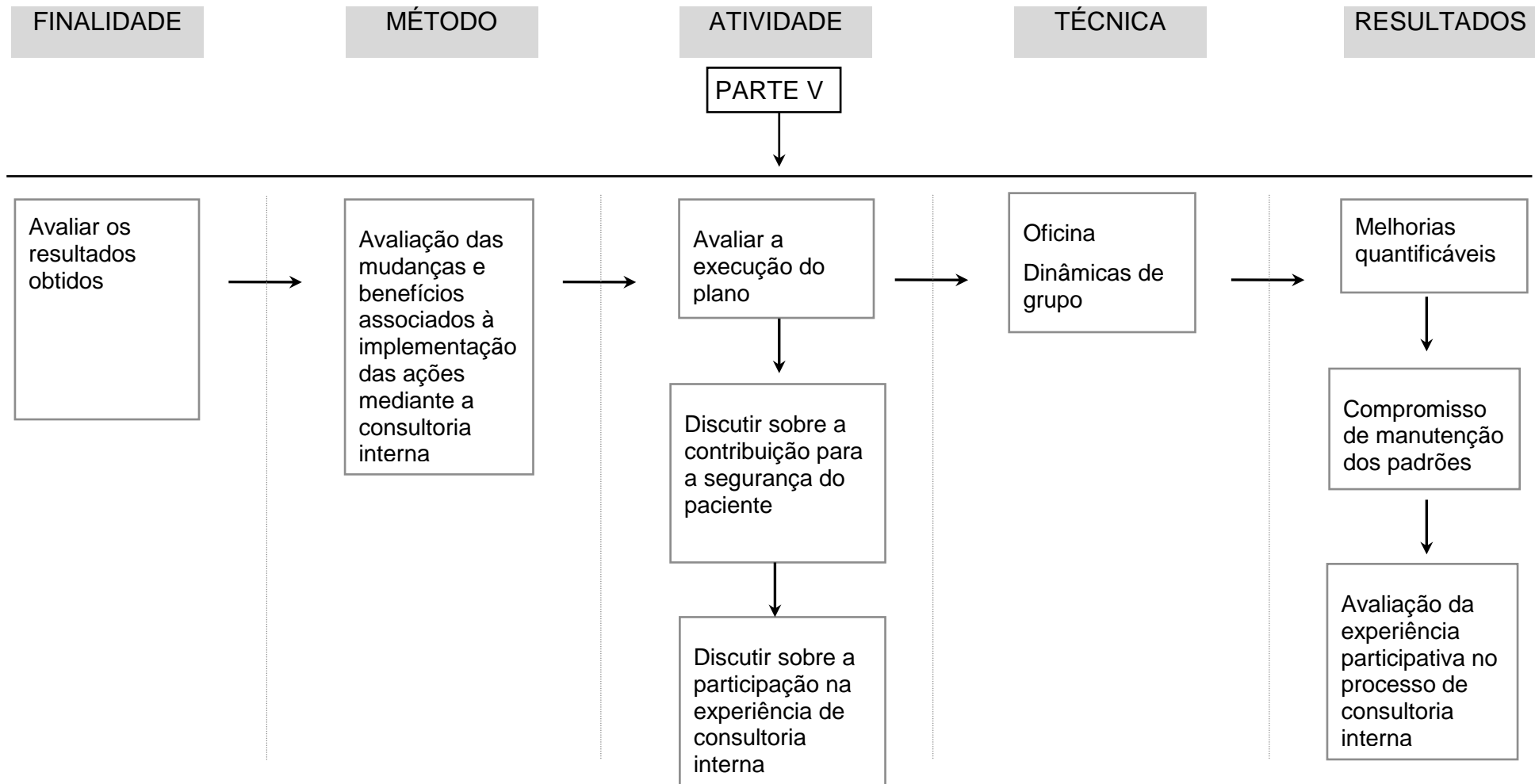


FIGURA 1 - DIAGRAMA DO MODELO LÓGICO DE CONSULTORIA INTERNA (conclusão)
 FONTE: O autor (2011)

3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados realizou-se no período de março a agosto de 2011. A técnica utilizada foi a de grupos operativos viabilizados por meio de oficinas, desenvolvidas em um ou mais encontros, realizadas em local selecionado pelos sujeitos, nas dependências da Clínica Pediátrica.

Os dados foram registrados pela pesquisadora em diário de campo durante e imediatamente após os encontros. Sobre cada oficina houve um registro do seu planejamento, dos temas abordados, da técnica ou ferramenta da qualidade utilizada, do referencial teórico, dos resultados obtidos, e da avaliação do grupo.

No início de cada encontro foi escolhido, pelos membros do grupo, um participante para registrar as atividades e resultados. Ao final do encontro, esse participante relatava ao grupo os seus registros, com o objetivo de validá-los. Assim, a síntese era relatada e gravada pelo próprio participante.

A pesquisadora contou com o apoio de um observador, enfermeiro membro do Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas de Saúde (GPPGPS), do qual faz parte, para analisar a rede de interações presentes durante o processo grupal, apontar as reações da pesquisadora com relação ao grupo, suas dificuldades e limitações, registrar comunicações não-verbais, linguagem, atitudes, preocupações e ordem de respostas, consideradas importantes. O observador também discutia com o pesquisador após cada encontro, expondo suas impressões e registros, com o intuito de redefinir o temário, evitar conclusões precipitadas por parte da pesquisadora e avaliar as intervenções feitas. O observador cuidava também do equipamento de multimídia e gravador.

3.7 TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

Após cada encontro, foram digitados os registros do diário de campo da pesquisadora, bem como os do observador, e transcritos os dados gravados por um

membro do grupo. Esses dados foram utilizados para a descrição e análise da dinâmica da consultoria interna ao longo das oficinas.

A discussão da dinâmica de consultoria interna fundamentou-se no referencial teórico e no Modelo de consultoria interna para a gestão da qualidade construído.

Nas considerações finais, discute-se a utilidade na aplicação deste modelo para a Clínica Pediátrica no processo de acreditação, facilidades e dificuldades e necessidades de ajustes para uma consultoria interna efetiva que vise à gestão da qualidade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO ACERCA DA APLICAÇÃO DO MODELO TEÓRICO DE CONSULTORIA INTERNA

Neste capítulo, são apresentados o planejamento, desenvolvimento e demais resultados do processo de consultoria interna realizado junto ao Grupo Interno da Qualidade da Clínica Pediátrica, segundo o Modelo Lógico-Teórico proposto. Destaca-se que a consultoria teve como objetivos aplicar o modelo de consultoria interna a uma unidade do hospital, preparando-a para submeter-se à avaliação de certificação de acreditação por instituição acreditadora credenciada, e ainda, analisar a aplicabilidade desse modelo para o preparo da unidade hospitalar para a avaliação de certificação de acreditação.

Os resultados são discutidos em tópicos denominados análise crítica, apresentados após cada etapa desenvolvida. Na segunda seção é apresentada uma síntese dos resultados da aplicação do Modelo Teórico no processo de consultoria interna realizado.

4.1. PLANEJAMENTO, EXECUÇÃO E RESULTADOS

4.1.1 REUNIÃO PRELIMINAR

4.1.1.1 Planejamento da reunião preliminar

Foram realizados vários contatos prévios com a Enfermeira Chefe da Clínica Pediátrica, com o propósito de esclarecê-la sobre a pesquisa, os sujeitos participantes e o método. Coube a ela definir o local e horário, a escolha dos participantes para a primeira reunião, os ajustes necessários na escala de trabalho, de modo a propiciar a participação de funcionários dos três turnos, a exemplo do agendamento da reunião no período após a jornada de trabalho noturna, a fim de facilitar a participação de profissionais deste turno de trabalho.

O local definido pela chefia para a reunião foi a sala de aula no próprio andar da Clínica Pediátrica, e o horário de início estabelecido foi às 7h30min, logo após a passagem de plantão do noturno. A duração da reunião foi estipulada para 60 minutos, em função da necessidade de uso da sala para aulas da graduação a partir das 8h30min. Foi verificada a existência e disponibilidade dos equipamentos necessários para projeção, como computador, multimídia e tela.

Para a apresentação da proposta foram preparados slides contendo o título da pesquisa Modelo de Consultoria Interna para o Preparo de Unidades Hospitalares para a Certificação de Acreditação, nome da pesquisadora e da orientadora Prof. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff, e objetivos da pesquisa, os quais são: construir modelo lógico-teórico de consultoria interna para o preparo de unidades hospitalares para a avaliação de certificação de acreditação; aplicar o modelo a uma unidade do hospital sob estudo; e analisar a aplicabilidade do modelo de consultoria interna para o preparo da unidade hospitalar para a avaliação de certificação de acreditação.

Na sequência, foram descritos os aspectos éticos pertinentes, tais como a autorização obtida do hospital para a realização da pesquisa na Clínica Pediátrica, assim como a autorização da Chefia de Enfermagem do setor, a avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde, a necessidade de aceite pelos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) cujo conteúdo foi também aprovado pelo referido Comitê de Ética, pois obedece aos preceitos da Lei 196 do Conselho Nacional de Saúde.

No *slide* seguinte foi descrita a metodologia que seria utilizada, iniciando-se pelos sujeitos integrantes do Grupo Interno da Qualidade da Clínica Pediátrica, constituído por cinco a oito pessoas que atuam na unidade, contemplando as diversas categorias profissionais e os três turnos de trabalho, e que aceitassem participar das oficinas mediante a assinatura do TCLE.

Foi explicitado que a metodologia da problematização mediante o Arco de Maguerez seria utilizada no preparo da unidade para a avaliação de certificação de acreditação, uma vez que possibilita ampliar a visão dos problemas e transformar a realidade (BERBEL, 2007).

Foi informado que a coleta de dados seria realizada no período de maio a dezembro de 2011, a técnica seria a de grupos viabilizados por meio de oficinas, considerando que estas são trabalhos estruturados em grupos, focados numa

questão central que o grupo se propõe a elaborar, de forma contextualizada, em número variado de encontros (AFONSO et al., 2006).

Justificou-se que haveria a presença de um observador durante as oficinas.

Uma figura esquemática do Arco de Maguerez foi projetada (MELLO, 2008) a fim de demonstrar que inicia-se a primeira etapa com a observação da realidade (problema), a seguir destacam-se os pontos-chaves da problemática, teoriza-se sobre a problemática, ocorre a elaboração das hipóteses de solução, as quais são aplicadas à realidade, de modo a transformá-la.

Nos *slides* subsequentes, foram descritas cada etapa metodológica com a etapa do Arco de Maguerez correspondente. Foi explicado que, inicialmente, seria realizada reunião preliminar com a apresentação da proposta da pesquisa, haveria um contrato entre a pesquisadora e o grupo, um cronograma seria combinado de comum acordo, assim como o local, horário e duração.

Nesta reunião seria explicitado e assinado o TCLE por aqueles que desejassem fazer parte da pesquisa.

A primeira etapa metodológica de observação da realidade, seria aplicada na Oficina 1, na qual seriam discutidos o relatório de não-conformidades da unidade, e seu significado, e a terminologia utilizada pelo Programa de Qualidade do hospital.

A segunda etapa referente aos pontos-chave, seriam levantados na oficina 2. Nesta, seriam selecionadas as não-conformidades relevantes, haveria busca de consenso das não-conformidades cuja resolução está na governabilidade da unidade e seriam destacadas aquelas que necessitariam de discussão para a busca das alternativas, de forma coletiva.

Também, seria firmado o compromisso de cada participante de proceder a um aprofundamento teórico sobre: cultura da organização *versus* capacidade em promover mudanças; responsabilidade individual e coletiva; cultura da segurança e indicadores de segurança.

A terceira etapa do arco, denominada teorização, estaria prevista para ser desenvolvida na Oficina 3, a partir do aprofundamento teórico acerca do tema gestão e ferramentas da qualidade. Nesta etapa, também seriam analisados e discutidos os dados registrados até o momento, e definidas as ferramentas que seriam utilizadas para atender aos padrões da acreditação.

A quarta etapa do arco – Hipóteses de solução, seria desenvolvida ao longo da Oficina 4, com o objetivo de remoção das barreiras a fim de estimular a

criatividade e originalidade pelos elementos do grupo, além do uso das ferramentas da qualidade apropriadas. Para elaboração das hipóteses de solução poder-se-ia lançar mão dos mecanismos institucionais disponíveis e construir-se-ia um indicador de segurança do paciente, mediante parceria com profissional do Programa de Segurança do Paciente, já desenvolvido pela instituição.

Para a quinta etapa, a da aplicação à realidade mediante intervenção, seria realizada a Oficina 5, com o preparo do Grupo Interno da Qualidade para a auto-avaliação por meio de realização de auditoria interna. Após esta auto – avaliação, a proposta seria de realização de oficina para relato da experiência e discussão dos resultados, comparando-os com os dados contidos no relatório da auditoria interna realizada em janeiro de 2011.

No último *slide* foi colocado o TCLE na íntegra, e os itens que necessitariam de contrato mútuo: dia, local e horário da reunião, estando previsto também um momento para esclarecimentos de dúvidas.

Para operacionalização da reunião no tempo previsto, foram previstos cinco momentos: apresentação dos participantes (15'); apresentação da proposta (20'); leitura e assinatura do TCLE (15'); contrato (5'); e, leitura e gravação do resumo do encontro (5').

Para o momento das apresentações foi planejada uma dinâmica em que cada participante explicaria sua trajetória profissional e suas expectativas. A proposta da pesquisa seria projetada por multimídia. O TCLE assinado pela pesquisadora seria entregue em duas vias para os participantes, além de projeção para leitura e discussão conjunta. Após a assinatura do TCLE pelos que concordassem em participar da pesquisa, uma via seria recolhida e a outra permaneceria com o sujeito.

Para o penúltimo momento, a pesquisadora coordenaria a discussão dos termos do contrato entre o grupo. Para gravação da síntese do encontro foram testados dois gravadores, um com pilha e um gravador digital de aparelho celular, sendo optada a utilização do último por facilitar a digitação. Também seria providenciada pela pesquisadora, uma lista de presença em que os participantes preencheriam seus nomes por extenso, indicariam a categoria profissional e assinariam.

4.1.1.2 Realização da reunião inicial

No dia 27/05/2011, a reunião teve início às 7h45min, com as apresentações da própria pesquisadora, da observadora e dos demais membros do grupo. Neste dia, além da pesquisadora e observadora, estiveram presentes cinco participantes, sendo duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem, e duas auxiliares de enfermagem. Três participantes eram do turno da manhã, uma do turno da tarde e uma do noturno. Constatou-se que todas trabalham há mais de dez anos na área de Pediatria, sendo que uma trabalha também em outra organização de saúde.

Passou-se à projeção da proposta em multimídia. Houve alguns questionamentos entre os presentes, os quais foram elucidados pela pesquisadora. Após, cada item do TCLE foi lido e explicado, e foi assinado por todos.

Percebeu-se o grande interesse da Chefe de Enfermagem e do Departamento de Pediatria, devido ao benefício que o trabalho traria à unidade, relacionado a dois objetivos pretendidos: tornar-se uma unidade gerencial, e ser avaliada externamente pela instituição acreditadora credenciada (IAC) contratada para a avaliação de certificação de acreditação, uma vez que esta clínica não fez parte da amostragem das unidades até então avaliadas.

Foi manifestada uma certa insegurança inicial pela participante AEN1, que questionou se em todas as etapas do arco haveria a presença da pesquisadora, sendo-lhe assegurado que sim.

Durante a apresentação dos *slides*, a participante AEN3 demonstrou sonolência e cansaço por se encontrar em pós-plantão noturno, e também dúvidas quanto à extensão do trabalho e data de sua conclusão. Foi esclarecido pela pesquisadora que não foi previsto um número fixo de encontros, pois eles dependeriam da produção do grupo. Assim, cada oficina poderia ter vários encontros. Foi-lhes comunicado que a previsão de conclusão das oficinas seria em agosto de 2011.

Outra preocupação, manifestada pela participante ENF2, foi com a etapa de teorização. Ela questionou se teria que fazer trabalho em seu domicílio, fora do horário de trabalho. A pesquisadora explicou a importância dessa etapa para o método, informou que daria suporte ao grupo em todos os momentos, e que a dedicação requerida de todos geraria como resultado o crescimento profissional. No

momento do contrato, a participante TEN1 que trabalha no turno da tarde, manifestou-se em relação ao horário dos encontros. O grupo propôs alternar as oficinas entre os turnos da manhã e da tarde. Foi contratado então, que os encontros seriam semanais, com duração de 60 minutos e que, ao final de cada encontro, seria combinado o dia da semana do próximo, levando em consideração a escala de trabalho da unidade.

Para elaboração da síntese da reunião que seria lida e gravada, acordou-se que o próprio grupo ficaria encarregado de elaborar uma escala. Ficou combinada a primeira oficina para o dia 02/06/11, quinta-feira, às 7h15min, na sala de aula ou no auditório da Clínica Pediátrica. A reunião foi encerrada às 8h30min, devido à necessidade de liberar o uso da sala por alunos de graduação.

4.1.1.3 Análise crítica

O objetivo da reunião preliminar foi alcançado, apesar da exiguidade do tempo. O atraso inicial de 15 minutos encurtou o tempo para as apresentações dos participantes. A projeção em multimídia coloca os participantes em posição de passividade, mas facilita a compreensão do todo quando a disponibilidade de tempo é restrita. Contudo, foi possível responder aos questionamentos levantados.

Os participantes demonstraram maturidade no trabalho coletivo e flexibilidade na definição dos dias e horários dos encontros e na distribuição de tarefas, de modo que as necessidades individuais fossem contempladas sem prejuízo para o objetivo coletivo. Tomando-se como exemplo a realização de uma escala pelo grupo para elaboração da síntese de cada encontro, percebeu-se a demonstração de respeito e colaboração entre os participantes, ao argumentarem que estes acordos estabelecidos deveriam ser favoráveis ao desenvolvimento das oficinas.

A gestão coletiva do trabalho foi um fator que permeou esta pesquisa, a qual está fundamentada nas atividades do Grupo Interno da Qualidade. Portanto, esperava-se para os demais encontros, que além do respeito já demonstrado inicialmente, entre os participantes, também emergissem outros aspectos tais como: a capacidade de solucionar os problemas cotidianos da unidade de modo crítico e reflexivo, a responsabilização dos diversos atores que atuam na Clínica Pediátrica, e

principalmente, o compromisso ético e social para com o cidadão-paciente, razão de ser da construção da atenção integral em saúde (BARBATO, 2010).

4.1.2 OFICINA 1 – OBSERVAÇÃO DA REALIDADE

Esta oficina foi desenvolvida por meio de três encontros.

4.1.2.1 Planejamento do primeiro encontro

Obteve-se junto à Assessoria de Gestão da Qualidade (AGQ) o relatório da última auditoria interna realizada na unidade, ocorrida em 26/01/11, e discutiram-se o contexto e evidências encontradas com a enfermeira auditora da AGQ. Foi constatado que alguns itens relativos ao Corpo Clínico médico não foram evidenciados na auditoria devido à responsável médica estar participando de evento científico externo naquela data.

Foram providenciadas cópias do relatório impressas e em meio eletrônico para discussão com o grupo.

4.1.2.2 Realização do primeiro encontro no dia 02/06/11

O primeiro encontro iniciou às 7h40min, com acréscimo de quatro novos participantes: uma médica, uma auxiliar de escritório, uma auxiliar de enfermagem e uma enfermeira, totalizando assim onze participantes, incluindo a pesquisadora e a observadora. A pesquisadora retomou a apresentação da proposta, destacando os pontos principais. Realizou a entrega do TCLE impresso aos novos participantes, com explicações ao final do encontro, de modo a subsidiar as decisões de participação ao longo da pesquisa.

Com cópias do relatório da auditoria interna distribuídas entre os participantes, foi iniciada a discussão da primeira parte do mesmo, relativa ao Corpo Clínico, com complementação dos itens de verificação não evidenciados. Algumas

dúvidas foram levantadas, em relação ao significado das siglas e termos constantes no relatório, para os quais foram fornecidas breves explicações pela pesquisadora, que lembrou que haveria um encontro específico para discutir a terminologia utilizada pelo Programa de Qualidade do hospital, bem como questões relativas aos documentos de profissionais e registros necessários.

Para alguns participantes, as não-conformidades relativas ao Corpo Clínico Médico soaram como novidade. Todavia, as enfermeiras afirmaram que já estavam providenciando soluções em conjunto com a secretária e o Departamento de Pediatria.

Foram também aventadas soluções para as não-conformidades discutidas, porém a pesquisadora esclareceu que na etapa do Arco de Maguerez, denominada hipóteses de solução, haveria um momento específico para discussão de soluções para os problemas encontrados.

Foi combinado o próximo encontro para o dia 07 de junho às 13h45min, com a proposta de continuidade da leitura e discussão do relatório de auditoria interna. Devido à necessidade do uso da sala do auditório da Pediatria, a leitura e a gravação da síntese deste encontro foram realizadas na sala de recreação das crianças, assim como foram esclarecidos pontos do TCLE, pelo fato da presença dos novos participantes. Foram também recolhidas as cópias dos relatórios para serem entregues novamente ao grupo no próximo encontro. O encontro encerrou-se às 8h45min.

4.1.2.3 Análise crítica do primeiro encontro

Devido à entrada de novos membros tornou-se necessário repetir a apresentação da proposta e dos novos participantes. Apesar de o uso do espaço físico ser limitado a 60 minutos, o grupo encontrou uma sala alternativa para completar a tarefa do dia. Do ponto de vista quantitativo, a avaliação do relatório não avançou muito, pois somente foi discutida a primeira página de um total de oito.

Destaca-se que os encontros requereram um planejamento flexível, dado o aspecto dinâmico do trabalho em grupos, além disso a proposta da pesquisadora era respeitar o ritmo e as necessidades do grupo (AFONSO et al., 2006).

Observa-se o comprometimento das enfermeiras com a adequação das não-conformidades do Corpo Clínico que afetam diretamente o trabalho da enfermagem, e a busca de soluções interdisciplinares.

Percebeu-se que já existe uma cultura da qualidade permeando o ambiente da unidade, com a aplicação da perspectiva de processo. Há o entendimento, pela enfermagem, que os processos perpassam por vários profissionais e também unidades, não se limitando a uma determinada corporação. As enfermeiras demonstraram compreender que uma operação desenvolvida por um profissional tende a afetar o desempenho de outro.

O profissional enfermeiro geralmente assume uma posição relevante no desenvolvimento de programas de qualidade em hospitais, com o desempenho de papéis que envolvem tomada de decisão e normalização, determinando as diretrizes para o alcance de altos padrões de qualidade, a exemplo da participação de enfermeiros na Assessoria de Gestão da Qualidade. Nas unidades assistenciais, seu papel é estratégico na medida em que sensibiliza e prepara sua equipe para atingir os objetivos de qualidade propostos pela instituição; operacionalmente, a supervisão sistematizada e a participação ativa nas avaliações internas da qualidade propiciam o desenvolvimento de ambientes favoráveis à cultura da qualidade, como observado na Clínica Pediátrica (LEÃO et al., 2009).

4.1.2.4 Planejamento do segundo encontro

Foi realizada releitura detalhada do relatório da auditoria interna, por parte da pesquisadora, com impressão de mais cópias para propiciar a leitura em duplas.

4.1.2.4 Realização do segundo encontro no dia 07/06/11

A reunião teve início às 13h50min, sendo o atraso justificado por estar acontecendo neste dia a comemoração dos aniversários do semestre, e da Semana de Enfermagem, atrasada por conta da realização da avaliação de certificação de acreditação do hospital no mês de maio.

Todos os onze integrantes do grupo estavam presentes, participando da discussão do relatório, item a item, até o término. Os participantes concluíram que realizam algumas atividades preconizadas pelo Programa de Acreditação, porém não as registram; que os problemas identificados na auditoria são reais e ocasionam risco para as crianças; que algumas medidas corretivas já foram tomadas logo após a auditoria; e que a unidade já iniciou o registro de eventos adversos em planilha a fim de propiciar o gerenciamento destes mediante indicadores.

Ao final do encontro, a pesquisadora explicou a tarefa do próximo, em que seria discutida a terminologia usada pelo Programa de Qualidade. Este objetivo foi incluído tendo em vista o surgimento de dúvidas durante as discussões do relatório pelo grupo.

A pesquisadora se comprometeu em trazer material para subsidiar o entendimento do grupo sobre tal terminologia. Sugeriu alguns termos, tais como *Healthcare Failure Model and Effect Analysis* (HFMEA), não-conformidades, auditoria interna e externa, e os demais participantes acrescentaram outros, como Instituto Paranaense de Acreditação de Serviços de Saúde (IPASS), Depósito de Material de Limpeza (DML), fluxo, macrofluxo, fornecedor crítico. Após a leitura e gravação da síntese, ficou agendada a próxima reunião para o dia 10/06/11 às 7h30min. O encontro terminou às 15h30min.

4.1.2.4 Análise crítica do segundo encontro

Apesar de o início tumultuado por conta das comemorações, que implicaram que o grupo reorganizasse o ambiente antes do início da oficina, a maioria dos membros participou ativamente na tarefa. Pode-se afirmar que esta despertou interesse por ser a realidade de todos. Como houve atraso no início, todo o grupo permaneceu além do tempo estipulado, até a conclusão dos trabalhos programados, demonstrando compromisso com a pesquisa e com o grupo.

O grupo foi receptivo, reconhecendo que as não-conformidades identificadas pela auditoria interna são reais e da responsabilidade de toda a equipe da Clínica Pediátrica.

Para que haja uma sólida cultura da qualidade em uma unidade, torna-se necessário o uso de uma linguagem comum, além da compreensão da filosofia da qualidade, das estratégias utilizadas pela organização para alcançar a certificação de acreditação, dos procedimentos padronizados, assim como das ferramentas da qualidade selecionadas para facilitar a implantação do Programa de Qualidade do hospital. Causou surpresa à pesquisadora, que termos já amplamente utilizados no desenvolvimento deste programa no ambiente hospitalar fossem desconhecidos por alguns participantes. É relevante, pois, dar oportunidade ao grupo para levantar as dúvidas, de modo que elas possam ser esclarecidas ao longo do processo de consultoria.

O treinamento contínuo das equipes proporciona mudanças no comportamento e atitudes, relacionados aos métodos de trabalho, implicando investimento no desenvolvimento das pessoas a fim de que elas se tornem competentes (LEÃO et al., 2009).

O convite para participação da pesquisadora na confraternização, foi entendido como sua inclusão no grupo da Clínica Pediátrica.

4.1.2.5 Planejamento do terceiro encontro

Foi realizada pesquisa em literatura e documentos da Assessoria de Gestão da Qualidade sobre os termos que deveriam ser esclarecidos, de acordo com a necessidade identificada pelo grupo, com o acréscimo de outros que, na visão da pesquisadora, auxiliariam-na na compreensão do processo de gestão da qualidade que vem sendo desenvolvido na instituição.

A pesquisadora preparou quatro *kits*, compostos por termos e seus respectivos conceitos, e por documentos que objetivavam proporcionar o reforço visual aos conceitos, conforme a descrição no Quadro 3.

KIT 01	
DEFINIÇÃO DE TERMOS	
ACREDITAÇÃO	é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Constitui essencialmente um programa de educação continuada e não uma forma de fiscalização. Os padrões são definidos em três níveis: Nível 1 - SEGURANÇA, Nível 2 - GESTÃO INTEGRADA e Nível 3 - EXCELÊNCIA EM GESTÃO (ONA, 2010).
MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO	é o instrumento utilizado para avaliar a qualidade das organizações prestadoras de serviços de saúde. É composto por seções e subseções, e para cada subseção existem padrões interdependentes que devem ser integralmente atendidos (ONA, 2010).
IPASS – Instituto Paranaense de Acreditação de Serviços de Saúde.	É uma Instituição Acreditadora Credenciada (IAC) pela ONA. Existem no Brasil sete IACs (ONA, 2011).
ONA – Organização Nacional de Acreditação.	É uma ONG, existe há 11 anos, opera o Sistema Brasileiro de Acreditação (ONA, 2010) .
EVIDÊNCIAS	são informações comprovadas com base em fatos e/ou dados obtidos através da observação, documentação, medição ou outros meios (ONA, 2006).
NÃO CONFORMIDADE	é o não atendimento ao princípio do padrão, comprometendo a coerência e o funcionamento do sistema, constatada durante a avaliação (ONA, 2010).
OBSERVAÇÃO	consiste em fato isolado que não afeta a integridade do princípio do padrão, mas que deve ser tratada para que não evolua para uma não conformidade (ONA, 2006).
CONSENSO	ocorre por negociação e compartilhamento da tomada de decisão entre os avaliadores. Todo o processo de avaliação para a acreditação é baseado no consenso (ONA, 2006).
DOCUMENTOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Acreditação versão 2010, • um resumo sobre o Histórico do IPASS (IPASS, 2011). • três <i>folders</i> institucionais da ONA.

QUADRO 3 - CONCEITUALIZAÇÃO DE TERMOS E DOCUMENTOS (continua)
 FONTE: O Autor (2011)

KIT 02	
DEFINIÇÃO DE TERMOS	
DML	significa depósito de material de limpeza. É local para guarda e limpeza do material. Deve conter pia para lavagem das mãos; tanque para limpeza do material e panos de limpeza; dispositivo para pendurar vassouras, rodos e pás; prateleiras para baldes, bacias, pequenos utensílios, produtos de limpeza; desinfetantes devidamente rotulados e tampados; o rótulo deve incluir data de início do uso e nome da substância.
MACROPROCESSO	é um diagrama que apresenta, de forma resumida, todas as etapas do processo de atendimento, desde a chegada do paciente até a alta. Permite visualizar o processo como um todo, e geralmente envolve mais que um setor.
PROCESSO	é um conjunto de atividades seqüenciais (conectadas). Possuem uma entrada ligada a um fornecedor e uma saída para um cliente interno ou externo.
ATIVIDADES	são as ações que ocorrem dentro do processo. São desempenhadas por uma unidade (pessoa ou setor) para produzir um resultado.
FLUXO	é a representação gráfica da rotina de um processo de produção por meio de símbolos padronizados. Permite o mapeamento individualizado de cada etapa e, quando necessário, o estudo e racionalização de tempos e movimentos do processo.
FORNECEDOR CRÍTICO	é o fornecedor cujo produto/serviço tenha impacto direto na qualidade da assistência pediátrica. Ex: farmácia, laboratório, lavanderia, nutrição (ONA, 2006).
QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES	é a verificação formal e sistemática, com base em critérios técnicos e legais, para determinar até que ponto um fornecedor é capaz de atender aos requisitos especificados (ONA, 2010).
DOCUMENTOS	
	<ul style="list-style-type: none"> Desenho de um macroprocesso do atendimento ao paciente na Unidade de Urgência e Emergência do HC-UFPR.

QUADRO 3 - CONCEITUALIZAÇÃO DE TERMOS E DOCUMENTOS RELACIONADOS À QUALIDADE (continuação)
FONTE: O Autor (2011)

KIT 03	
DEFINIÇÃO DE TERMOS	
AUDITORIAS INTERNAS são avaliações sistemáticas que objetivam garantir que as rotinas do sistema da qualidade foram implantadas e estão sendo realizadas conforme os padrões da instituição. São realizadas por profissionais que pertencem à instituição. É mais rigorosa e detalhada que a externa. Não é fiscalizatória, deve resultar em melhorias.	
AUDITORIA EXTERNA é a avaliação realizada por terceiros e atendem a um fim específico. Ex: acreditação, Tribunal de Contas da União, Controladoria Geral da União, Vigilância Sanitária.	
GRUPO INTERNO DA QUALIDADE é um grupo constituído por 4 a 8 profissionais da Unidade Gerencial e que tem por objetivo operacionalizar os Programas de Acreditação Hospitalar, Segurança do Paciente e 5 S, no âmbito do HC-UFPR (AGQ, 2008).	
5W2H é um formulário para execução e controle de tarefas que atribui responsabilidades e determina as circunstâncias em que o trabalho deverá ser realizado. Recebeu esse nome devido a primeira letra das palavras inglesas: <i>what</i> (o que), <i>who</i> (quem), <i>when</i> (quando), <i>where</i> (onde), <i>why</i> (por que), e das palavras iniciadas pela letra H, <i>how</i> (como), <i>how much</i> (quanto custa). É um plano de ação.	
Ciclo PDCA – (P lan-Planejar; D o-Fazer; C heck-controlar, verificar; A ct-agir corretivamente). Serve para gerenciar processos ou atividades e promover a melhoria contínua. Considera que tudo pode ser melhorado.	
DOCUMENTOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Formulário da ferramenta 5W2H com PDCA padronizado pela AGQ • Figura em tamanho A4 do PDCA com explicações resumidas de cada etapa. • Normas que regem os Grupos Internos da Qualidade do HC-UFPR • Relatório da auditoria interna realizada na Clínica Pediátrica 	

QUADRO 3 - CONCEITUALIZAÇÃO DE TERMOS E DOCUMENTOS RELACIONADOS À QUALIDADE (continuação)

FONTE: O Autor (2011)

KIT 04	
DEFINIÇÃO DE TERMOS	
RISCO é o efeito da incerteza (ABNT 2009). Probabilidade de ocorrência de um evento adverso que, no caso dos serviços de saúde, afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde o serviço está inserido (ONA, 2006).	
GERENCIAMENTO DE RISCOS: Envolve os ciclos de prevenção, detecção e redução do risco, visando manter um sistema seguro (ONA, 2010).	
HFMEA (<i>healthcare failure model and effect analysis</i>) significa análise do modo e efeito das falhas na assistência à saúde. É uma ferramenta que busca detectar falhas antes que elas aconteçam e diminuir o risco de erros.	
NOTIFICAÇÃO é a comunicação de eventos ocorridos na unidade, através de registros e encaminhamentos aos setores competentes (AGQ, 2011).	
INVESTIGAÇÃO é a análise das causas que originaram o evento, com proposição de medidas corretivas e preventivas.	
TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido. Documento no qual o paciente e médico assinam confirmando que houve esclarecimento sobre procedimentos invasivos e seus riscos, suficientes para uma tomada de decisão consciente pelo paciente.	
DOCUMENTOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Formulário HFMEA padronizado pela AGQ com as instruções para preenchimento • Pasta amarela distribuída para todas as unidades pela AGQ a qual contem o fluxo para notificação de eventos adversos no âmbito do HC-UFRP • Ficha de notificação de eventos adversos. • Método para investigação dos eventos adversos sem dano, pelos grupos internos de qualidade. 	

QUADRO 3 – MATERIAL DISPONIBILIZADO (KITS) SOBRE CONCEITUALIZAÇÃO DE TERMOS E DOCUMENTOS RELACIONADOS À QUALIDADE (Conclusão)

FONTE: O Autor (2011)

4.1.2.6 Realização do terceiro encontro no dia 10/06/11

O encontro teve início pontualmente às 7h30min. Após os cumprimentos, o grupo foi dividido em quatro subgrupos (quatro duplas e um trio). Cada subgrupo recebeu um kit, sendo explicado que a tarefa seria a de ler o material, discutir, e explicar o seu conteúdo, com as suas próprias palavras, para o grupo maior. A pesquisadora esclareceu as dúvidas das duplas e a seguir passou-se à apresentação. Durante este momento, houve questionamentos diversos que foram esclarecidos, ora pela pesquisadora, ora pelos demais elementos do grupo. Sobre a

notificação, após o reforço pela pesquisadora acerca do seu caráter educativo e não punitivo, a participante AEN3 relatou uma queda que aconteceu no seu plantão, e fez uso do modelo do formulário contido no *kit* para preencher a notificação do evento. O encontro foi encerrado às 9h30min.

4.1.2.7 Análise crítica

Houve interesse dos participantes em relação à terminologia, à medida em que esclarecia a eles como corrigir algumas não-conformidades identificadas, tais como elaboração de fluxos, macroprocessos, gerenciamento dos eventos adversos.

O tempo de duas horas para trabalhar 26 termos não foi suficiente para o aprofundamento necessário. Porém, considerou-se que nas próximas oficinas alguns conceitos seriam aplicados em situações reais, e outros seriam aprofundados na discussão sobre ferramentas da qualidade.

A discussão não se limitou aos aspectos conceituais, mas estendeu-se para a aplicação prática no contexto da avaliação e gerenciamento dos riscos, sendo que a avaliação pode ser considerada a primeira etapa da gestão de riscos (LEÃO et al., 2009).

No Hospital em questão, é utilizado o HFMEA para mapeamento e avaliação inicial dos riscos, assim como a notificação e investigação dos eventos adversos como meios para identificar e aprender com os erros, de maneira a prevenir sua repetição. Em relação a este sistema, a Assessoria da Gestão da Qualidade optou pela garantia da confidencialidade dos dados a respeito do evento e do notificador, objetivando ao mesmo tempo a transparência, o ambiente não punitivo, e o caráter educativo que permeia todo este processo de qualidade (SEIFFERT et al., 2011).

É importante destacar que, ao compreender o caráter não punitivo, uma participante teve a iniciativa de formalizar a notificação de um evento adverso ocorrido naquela noite.

Autores reconhecem que a abordagem institucional na notificação e nas medidas adotadas relativas às falhas identificadas são pontos críticos, e determinam a adesão ou não dos profissionais ao sistema instituído, estando atreladas às omissões tanto na notificação como nas intervenções imediatas (LEÃO et al., 2009).

Isto justifica a insistência da equipe da Assessoria da Gestão da Qualidade quanto à manutenção da confidencialidade e da não punição aos profissionais, que de forma madura, relatam as falhas ocorridas, as quais na sua maioria, estão relacionadas a sistemas hospitalares inseguros, que induzem ao erro e não ao acerto.

Esta filosofia não punitiva tem como propósito privilegiar a responsabilidade e o comprometimento profissional, como comportamentos duradouros frente às situações de alta complexidade e insegurança do sistema de saúde pública brasileiro.

4.1.3 OFICINA 2 - PONTOS CHAVE

Esta oficina foi desenvolvida por meio de dois encontros.

4.1.3.1 Planejamento do primeiro encontro

Foi providenciado equipamento multimídia para projetar o relatório da auditoria, de forma que as não-conformidades, selecionadas em consenso no grupo, como de governabilidade da Clínica Pediátrica, fossem visualizadas e destacadas das demais.

4.1.3.2 Realização do primeiro encontro no dia 16/06/11

O encontro teve início às 13h10min, com a participação de 11 pessoas. Foi distribuído o relatório impresso da auditoria interna, assim como também foi projetado em tela. Cada item foi discutido pelo grupo e, quando havia consenso entre os membros sobre se entendiam que a resolução estava na governabilidade da unidade, a pesquisadora e a observadora assinalavam nas cópias eletrônica e impressa do relatório, respectivamente. De um total de 143 itens verificados na auditoria interna realizada em janeiro de 2011, 60 não-conformidades foram identificadas. Destas, 52 foram consideradas pelo grupo como passíveis de serem

solucionadas pela Clínica Pediátrica, incluindo aquelas em que a chefia deveria fazer contato com outras unidades para resolverem conjuntamente. Entre estas, destaca-se a solicitação de treinamento da equipe sobre gerenciamento de resíduos junto à presidente da Comissão de Gerenciamento de Resíduos do HC-UFPR.

Como algumas terminologias estudadas pelo grupo no último encontro fizeram parte dessa discussão, a participante AEN3 questionou novamente o significado de alguns termos. Foi uma oportunidade para o grupo resgatar e consolidar o conhecimento anteriormente discutido. Foi demonstrada preocupação com as férias de alguns membros do grupo no mês de julho e, após discussão, decidiu-se que os intervalos entre os encontros seriam diminuídos, de forma a chegar até a quarta etapa do Arco de Maguerez no fim do mês de junho. Para o próximo encontro foi designada uma das participantes para pesquisar e trazer conteúdo sobre o tema cultura da organização *versus* capacidade em promover mudanças e responsabilidade individual e coletiva. A oficina terminou às 14h50min.

4.1.3.3 Análise crítica

O grupo demonstrou maturidade ao acolher as não-conformidades como oportunidade de melhoria, não rejeitando aquelas que verdadeiramente estão sob sua governabilidade. Percebeu-se que os conceitos não foram prontamente assimilados após a discussão. Por serem adultos, os profissionais participantes do grupo reconhecem sua necessidade de conhecimento.

Considera-se que a correlação dos conceitos da qualidade com a prática profissional dos participantes foi determinante para o comprometimento destes com o aprendizado. Sendo assim, destaca-se que a experiência dos participantes deve ser levada em consideração como base da própria aprendizagem, o que é relevante para o auto-desenvolvimento de adultos. Nesta fase da vida, a aprendizagem deve ter significado no dia-a-dia, não sendo muito importante a lógica programática. Além disso, o trabalho em grupo deu oportunidade aos participantes de vivenciarem um constante desafio mental, facilitando o aflorar de algumas potencialidades como a criatividade e a logicidade, observadas pela pesquisadora, nas discussões sempre coerentes sobre os conceitos e as não-conformidades da Clínica Pediátrica (BORDENAVE; PEREIRA, 2008).

4.1.3.3 Planejamento do segundo encontro

Embora o elemento do grupo AEN1 estivesse encarregado de disparar a discussão sobre o tema cultura, a pesquisadora também realizou investigação sobre este tema e preparou um texto como base para discussão, o qual seria usado em caso de haver problemas na orientação inicial, e/ou como complemento, conforme consta no Quadro 4.

TEMA PARA DISCUSSÃO	ABORDAGEM
O que é Cultura Organizacional?	É um conjunto de valores, expressos em elementos simbólicos e práticas organizacionais, que organiza, atribui significados, constrói a identidade e age como elemento de comunicação e consenso.
Possíveis fatores que atuam negativamente na cultura	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descaso à coisa pública/descomprometimento? 2. Estabilidade do servidor – desestimula o movimento rumo à melhoria, incentiva a acomodação? 3. Baixos salários x alta responsabilidade ? 4. Falta de qualificação de pessoal?
Princípios que devem guiar o modelo de Gestão da Qualidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quem gera a qualidade é o funcionário público; 2. É preciso motivar o funcionário a envolver-se nos programas da qualidade; 3. Estratégia para envolver os funcionários – enxergar benefícios para si próprios. 4. O programa de qualidade deve ter objetivos de curto, médio e longo prazos. Ex: curto prazo – benefícios para os funcionários. Médio prazo - consolidação de melhorias de processos e serviços. Longo prazo - alteração radical da cultura vigente com comprometimento com os pacientes. 5. Os funcionários devem entender e perceber os benefícios gerais dos programas de qualidade.
Objetivo da Assessoria de Gestão da Qualidade do HC-UFPR	Inserir a qualidade na cultura institucional de modo que ela seja um valor para todos, isto é, fazer com que as pessoas se convençam que a qualidade vale a pena.

QUADRO 4 – TEMAS A SEREM ABORDADOS RELATIVOS À CULTURA ORGANIZACIONAL E O PROGRAMA DE QUALIDADE HOSPITALAR
 FONTE: Paladini (2010)

Desde 2003, houve planejamentos para implantar a cultura da qualidade no Hospital de Clínicas por meio do processo de preparo para a avaliação de certificação de acreditação, buscando o envolvimento das pessoas (ROTHBARTH,

2010). Um método foi desenvolvido, implantado e aperfeiçoado para tal, constatando-se que ações improvisadas não mudam a cultura no ambiente da organização, portanto sem método não se observa mudança no comportamento dos profissionais (PALADINI, 2010).

A pesquisadora também elaborou *slides* para serem projetados sobre ‘ferramentas da qualidade’ de modo a ilustrar uma exposição dialogada para instrumentalizar o grupo para a participação na Terceira Etapa do Arco de Maguerez, com conteúdo teórico, exemplos práticos e esclarecimento sobre como a ferramenta é atualmente utilizada no hospital em questão, conforme descrito no Quadro 5.

TEMA PARA DISCUSSÃO	ABORDAGEM
Para que servem as ferramentas da qualidade?	Servem para visualizar processos, detectar problemas, descobrir as causas, e determinar soluções.
<i>Brainstorming</i>	É um processo destinado à geração de idéias sobre um assunto específico, em um clima organizacional aberto, agradável e propício à quebra de paradigmas. A participação das pessoas melhora a qualidade das decisões, compromete-os com a ação, e por ser espontânea, o sentimento de responsabilidade é compartilhado entre todos.
Fluxograma	É uma representação gráfica seqüencial das atividades do processo. Pode ser utilizado para entender um processo e identificar oportunidade de melhoria (situação atual), para desenhar um novo processo já incorporando as melhorias (situação desejada), facilitar a comunicação entre as pessoas envolvidas no mesmo processo e para disseminar informações sobre este.
Diagrama de Ishikawa	É uma representação gráfica que permite organizar informações, identificando as possíveis causas de um determinado efeito ou problema.

QUADRO 5 –ABORDAGEM DAS FERRAMENTAS DA QUALIDADE (continua)
FONTE: D’Innocenzo (2006)

TEMA PARA DISCUSSÃO	ABORDAGEM
5W2H	<p>É uma ferramenta utilizada para organizar o plano de ação, sendo que cada letra corresponde à inicial do termo na língua inglesa, da seguinte forma:</p> <p><i>What</i> (o que?) Qual a tarefa? O que será feito? Quais são as medidas para eliminar as causas do problema?</p> <p><i>Where</i> (onde?) Onde será executada a tarefa?</p> <p><i>Why</i> (por que?) Porque esta tarefa é necessária?</p> <p><i>Who</i> (quem) Quem irá fazer? Qual departamento?</p> <p><i>When</i> (quando) Quando será feito? A que horas, cronograma.</p> <p><i>How</i> (como) Qual o método? De que maneira, detalhar.</p> <p><i>How much</i> (quanto custa) colocar o valor estimado das soluções, estimando a viabilidade financeira.</p>
Ciclo PDCA ou ciclo da melhoria contínua	<p>Serve para manter a melhoria obtida, para melhorar ou inovar o processo.</p> <p>O P corresponde ao termo <i>PLAN</i> (Planejar), em que se planeja, estabelece e documenta. Nesta etapa são definidas as metas a serem alcançadas, bem como o método para alcançar as metas propostas.</p> <p>O D corresponde ao termo <i>Do</i> (fazer), cabendo executar as tarefas exatamente como foi previsto na etapa de planejamento, sendo essencial para a execução a educação e o treinamento no trabalho. Também são coletados os dados que serão utilizados na próxima etapa.</p> <p>O C é a inicial do termo <i>Check</i> (medir, monitorar) para tal, compara-se o resultado medido durante a execução (D) com o resultado planejado (P), identificando as causas na meta ou no método.</p> <p>O A é a inicial do verbo <i>Act</i> (agir) agir corretivamente. Nesta, caso sejam identificados desvios, é necessário definir e implementar soluções que eliminem as causas, caso não sejam identificados desvios pode-se padronizar o processo, incorporando-o à rotina.</p> <p>Como medida preventiva, pode-se antecipar quais desvios são passíveis de ocorrer no futuro, suas causas e soluções.</p> <p>No hospital onde a Clínica Pediátrica está inserida, as ferramentas 5W2H e PDCA estão mescladas num único formulário, de sorte que, ao refletir e escolher a solução, o profissional ligará esta a uma das etapas do PDCA, estimulando, treinando e direcionando o raciocínio para a melhoria contínua.</p>
<i>Benchmarking</i>	<p>É um padrão de excelência que deve ser identificado, conhecido, copiado e ultrapassado, pode ser interno ou externo.</p>
Indicadores	<p>Servem para medir mudanças, funcionam como uma bússola uma vez que acompanham e orientam uma trajetória, possibilitam também a parametrização das estratégias, objetivos, perspectivas e medidas de desempenho.</p>

QUADRO 5 –ABORDAGEM DAS FERRAMENTAS DA QUALIDADE (conclusão)
 FONTE: D’Innocenzo (2006)

4.1.3.4 Realização do segundo encontro em 20/06/11

O encontro teve início às 7h45min, com nove participantes. A participante AEN1, escolhida pelo grupo para trazer conteúdo que permitisse a discussão e aprofundamento do tema considerado como ponto-chave, baseou-se no artigo científico: Uma metodologia para diagnóstico de clima organizacional – integrando motivos sociais e cultura brasileira com fatores do ambiente de trabalho do Poder Judiciário (VILLARDI et al., 2011), trazendo considerações sobre cultura organizacional e traços culturais brasileiros.

Foram debatidos os seguintes pontos: diferença entre posturas profissionais; nível de exigência e sanções aplicadas nas organizações de saúde da esfera pública e privada, com relato do nível muito elevado de tensão por parte das equipes durante avaliação de acreditação em hospitais privados; e a permanência no emprego, atrelada ao resultado da avaliação. No hospital em estudo, na maioria das vezes, desligamento ou exoneração estão afastados, devido à estabilidade de alguns profissionais, então a estratégia tem sido estímulo ao envolvimento e educação.

A participante AEN3 refletiu sobre a cultura organizacional em hospital público, e traçou comparações sobre o comportamento no próprio setor de trabalho. Segundo sua percepção, a equipe acha que fazer o errado é mais fácil e o certo demora mais, e é mais difícil. Ela reconhece a dificuldade em mobilizar a equipe a fazer o que é correto. Sobre a cultura brasileira, foram abordados crenças, valores éticos e morais, o estrangeirismo na linguagem e na adoção de práticas utilizadas em outros países, o jeitinho brasileiro, a adaptação. Neste momento, o elemento do grupo MED1 apontou que a Clínica Pediátrica atende pacientes muito carentes e graves, mas que mesmo havendo erros, os pais/responsáveis pela criança não tomam medidas judiciais tanto quanto deveriam, aumentando assim, a sensação de impunidade ao profissional que realiza suas atividades de forma incorreta. Por outro lado, nesta Clínica, o cuidado com a criança é diferenciado, talvez pelo fato de a maioria das profissionais ser do gênero feminino. Pela história da sensibilidade materna, há uma preocupação maior com o ser humano, e a empatia está sempre presente, com as profissionais colocando-se no lugar das próprias mães e da família.

Em seguida, a pesquisadora realizou a exposição dialogada do tema ferramentas da qualidade, como o 5W2H, PDCA e *brainstorm*, justificando que no próximo encontro estas seriam utilizadas para a formulação dos planos de ação. O encontro foi encerrado às 9h05min.

4.1.3.5 Análise crítica

A possibilidade de aprofundamento do ponto chave cultura da organização pública foi aproveitada pelo grupo para refletir sobre sua própria unidade e também sobre a organização da qual fazem parte há muitos anos. Apesar de o artigo científico trazido ser relacionado à área do Direito, o texto refletiu a cultura predominante em serviços públicos de saúde.

O fato de a participante que exerce atividades em nível médio trazer um artigo científico, e bem relacionado ao tema solicitado, revela compromisso, interesse, seriedade, valorização e alinhamento com o propósito da pesquisa, características decorrentes do trabalho em grupo, o qual origina fidelidade ao projeto (BORDENAVE; PEREIRA, 2008).

Na apresentação das ferramentas da qualidade foi usado o recurso de ilustrar com figuras e *charges*, de modo a tornar mais concreta a conceituação, bem como para exemplificar a aplicação das mesmas.

Não se percebeu, e nem se esperava neste momento, a assimilação deste conteúdo pronto, uma vez que seria dada oportunidade em outros momentos para que o grupo colocasse em prática todos os conceitos, de modo a transformar a tarefa da aprendizagem em um problema a ser resolvido.

O grupo demonstrou muita curiosidade na aplicação prática, mas também receio de não saber fazer o uso adequado das ferramentas. A expectativa da pesquisadora era que este receio seria amenizado a partir do envolvimento dos participantes na busca pela solução do problema, ou pela descoberta de meios que os levassem ao objetivo de preparar a Clínica Pediátrica para a avaliação de acreditação, de sorte que aprendessem com algo que eles mesmos ajudassem a criar (BORDENAVE; PEREIRA, 2008). Ademais, a equipe de enfermagem tem participação em todas as etapas de preparo de unidades hospitalares para

acreditação, constituindo-se um pilar do trabalho em qualidade, em parceria com outros profissionais da área da saúde (LEÃO et al., 2009)

4.1.4 OFICINA 3 – TEORIZAÇÃO

Nesta oficina houve somente um encontro.

5.1.4.1 Planejamento do único encontro

Foi realizada a preparação prévia do material a ser utilizado: várias cópias das planilhas de Plano de Ação padronizadas pelo hospital (5W2H e PDCA), para serem exercitadas pelo grupo; ilustração impressa contendo as etapas do Arco de Maguerez, de modo a situar nas etapas as informações trabalhadas até o momento; exemplos práticos de uso das ferramentas, por meio de arquivos eletrônicos de Planos de Ação já elaborados pela AGQ, os quais demonstravam o vocabulário, verbos utilizados e ações propostas em cada etapa do planejamento, acopladas às etapas do PDCA e descritas em cada coluna do formulário padrão.

Também planejou-se projetar em multimídia um formulário em branco para uso concreto das ferramentas em situações reais, a partir de não-conformidades identificadas no relatório de auditoria interna da Clínica Pediátrica. Desta forma, o grupo selecionaria duas não-conformidades para a prática, com orientação da pesquisadora. Após, a tarefa do grupo seria elaborar, coletivamente, o Plano de Ação de todas as não-conformidades identificadas em consenso.

4.1.4.2 Realização do encontro em 21/06/11

Participaram sete pessoas, além da observadora e a pesquisadora, que abriu o encontro às 07h45min, apresentando exemplos de modelos de Plano de Ação utilizados pela Assessoria de Gestão da Qualidade do Hospital de Clínicas. A

pesquisadora propôs que o próprio grupo escolhesse duas não-conformidades para exercitar o preenchimento do instrumento 5W2H com PDCA, fornecido por ela.

As demais integrantes do grupo participaram com idéias, sugestões e esclarecimentos. O grupo selecionou as não-conformidades “ausência de pulseira para identificação no paciente” e “resíduo descartado inadequadamente”, e aplicou a metodologia padronizada pelo Hospital.

De todas as ferramentas da qualidade disponíveis, foram escolhidas pelo grupo as seguintes para construção do Plano de Ação e resolução contínua das não-conformidades: *Brainstorming*; 5W2H; PDCA; Auditoria interna; Indicadores; e Diagrama de Ishikawa.

Além desse planejamento, também foi manifestada a preocupação do grupo sobre a melhor maneira para envolver toda a equipe de enfermagem na solução de não-conformidades relativas à Enfermagem.

A pesquisadora apresentou ilustração contendo as etapas do Arco de Maguerez, fazendo uma retrospectiva do trabalho desenvolvido até o momento, e situando que este encontro fazia parte da etapa de Teorização. Também colocou as perspectivas para os próximos encontros. Houve questionamento sobre a data de término da pesquisa. Esta oficina foi encerrada às 10h00min, e a próxima foi agendada para 28/06/2011 às 7h30min.

4.1.4.2 Análise crítica

A introdução de metodologias novas, ou que envolvem aplicação de ferramentas da qualidade, implica treinamento prévio e acompanhamento dos funcionários na elaboração. O conhecimento dos recursos disponíveis na instituição, a exemplo dos Planos de Ação já elaborados por outras unidades, e da cultura reinante entre a equipe que desenvolve sua prática profissional na unidade/setor, são essenciais para que as soluções apontadas realmente se concretizem.

A elaboração de Plano de Ação, por ser uma atividade de planejamento que não faz parte do cotidiano da equipe de saúde, revelou-se difícil para seus membros, no momento da escrita. Houve dificuldades de organização das ações e na utilização de verbos apropriados, bem como falta de objetividade. Requer portanto,

uma facilitação por profissional mais experiente no uso das ferramentas da qualidade. Este é o papel do consultor interno.

As soluções para os problemas da unidade exigem a construção de um trabalho interdisciplinar e requer que a equipe compartilhe saberes e práticas. Já a mediação ou facilitação por profissional externo à unidade, neste caso pela consultoria interna, também requer deste profissional habilidades específicas tais como, a flexibilidade, a aceitação de mudanças e de erros, o saber ouvir com atenção, falar de maneira a estimular e não bloquear, isto é, respeitando o conhecimento dos membros do grupo, mesmo que não perceba de imediato fundamentação teórica nas suas falas. Na utilização da metodologia do Arco de Maguerez, foi requerida também da pesquisadora, como facilitadora e mediadora, as habilidades de problematizar e de encontrar soluções junto com o grupo (BARBATO, 2010).

A inclusão do PDCA no plano de ação requereu dos membros do grupo o raciocínio em direção ao ciclo completo da ação, isto é, desde o planejamento até o resultado. Esta busca pelo resultado comparado ao planejado não é habitual entre a equipe de saúde, tornando o início desta atividade mais moroso. Porém, após os primeiros exercícios, houve a compreensão da linha de pensamento a ser seguida.

O raciocínio direcionado à melhoria contínua deve ser praticado intensivamente até chegar ao ponto em que se tornará automático na enfermagem, e demais profissões da saúde, tornando seus profissionais mais críticos e reflexivos, não aceitando nada além do melhor para sua equipe e pacientes.

Para o gerenciamento da qualidade, foram aplicados pela pesquisadora, e desenvolvidos pelo Grupo Interno da Qualidade da Clínica Pediátrica, três processos conhecidos como Trilogia de Juran (JURAN, 2009), que consistem em planejamento para a qualidade, controle da qualidade e melhoramento da qualidade. Com o uso de algumas ferramentas da qualidade, foi possível elaborar um plano de ação de modo a estabelecer controles de processos, transferindo as ações planejadas para execução do nível operacional. Pretendia-se que o grupo avaliasse o desempenho real da qualidade da unidade, possibilitando a comparação deste desempenho com os padrões estabelecidos pelo Programa de Acreditação. E diante da verificação de não-conformidades, agindo de maneira a atingir tais padrões.

4.1.5 OFICINA 4 – HIPÓTESES DE SOLUÇÃO

Nesta oficina houve somente um encontro.

4.1.5.1 Planejamento do único encontro

Foi realizada leitura minuciosa de todo o trabalho realizado, principalmente do relatório da auditoria interna, correlacionando as etapas do Modelo Lógico-Teórico com as atividades realizadas.

Considerando que o objetivo geral desta pesquisa era de preparar a Clínica Pediátrica para avaliação de acreditação, foi atualizado o Modelo Lógico e o Teórico para apresentação ao grupo, de modo a situá-los sobre o caminho a ser percorrido nos próximos encontros, e principalmente, avaliar se ambos eram compreensíveis e factíveis.

4.1.5.2 Realização do encontro em 28/06/2011

A oficina iniciou tardiamente, às 8h40min, após o término de outra atividade relacionada às não-conformidades no gerenciamento de resíduos. Além da observadora e pesquisadora, houve a participação de outros oito membros do grupo.

Conforme combinado, o GIQ trouxe Planos de Ação prontos para todas as não-conformidades encontradas. A participante ENF1 foi a primeira a solicitar esclarecimento de dúvidas sobre os planos que elaborou, tais como numeração de Procedimento Operacional Padrão (POP), dimensionamento atualizado de pessoal, e implantação da evolução como parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A participante AEN1 teve dúvidas sobre como formular Planos de Ação para urgências e emergências e o macrofluxo dos processos da Clínica Pediátrica. A participante AEN3 manifestou dúvidas sobre medidas corretivas para controle de temperatura da geladeira e POP's de desinfecção de superfície e lavagem de mãos, os quais estavam desatualizados na unidade. A participante ENF3 demonstrou dúvidas

sobre planos de ação envolvendo o lacre do carro de emergência, ausência de identificação da data de limpeza do jogo de laringoscópio, e excesso de medicação no carro de emergência. Finalmente, a participante AES1 solicitou esclarecimento sobre o Plano de Ação que desenvolveu para a escala de médicos e residentes, recepção, referência e contra-referência.

Para finalizar o encontro, a pesquisadora propôs 30 dias para que o GIQ realizasse a etapa prevista no método do Arco de Maguerez denominada Aplicação à Realidade. Nesta, o grupo aplicaria as ações planejadas, de modo a solucionar as não-conformidades evidenciadas na auditoria interna. A pesquisadora informou que um novo encontro para avaliação seria realizado na segunda semana de agosto. A oficina foi encerrada às 11h00min.

4.1.5.2 Análise crítica

O grupo havia se proposto a elaborar todo o Plano de Ação, coletivamente, porém na prática isto não se concretizou devido à dificuldade em conciliar horários de seus elementos. O fato de terem dividido entre os membros do grupo as não-conformidades a serem contempladas no Plano de Ação, por um lado obrigou cada participante a realmente praticar a utilização das duas ferramentas da qualidade, o 5W2H e o PDCA. Por outro lado, suscitou várias dúvidas devido ao trabalho ser individual, o que também foi considerado positivo pela pesquisadora, pois sinalizou que houve raciocínio por parte de cada membro, e busca de opções para escolha da melhor ação para corrigir as não-conformidades.

O fato de os elementos do grupo serem bastante experientes, os direciona na busca de hipóteses de solução que sejam viáveis e que tragam realmente a solução dos problemas levantados.

A realização das atividades, as quais serão desenvolvidas futuramente pelo GIQ na unidade, desenvolveu em cada participante a auto-confiança em resolver os problemas; o espírito do trabalho em equipe; a responsabilidade pelo trabalho desenvolvido; e, o interesse pelas oficinas. Isso pôde ser percebido na fisionomia, no comportamento e nas expressões das pessoas, no momento em que a pesquisadora apresentava o Modelo Teórico contendo tudo o que já havia sido

trabalhado nas oficinas, conforme relato da observadora. O grupo se sentiu fortalecido, percebendo suas potencialidades e o que já era capaz de realizar sem a ajuda direta da pesquisadora.

Destaca-se que o trabalho em grupo derruba as barreiras entre indivíduos e promove um relacionamento autêntico entre seus participantes, de sorte que o espírito de equipe torna-se uma força tão poderosa para a produtividade, que incentiva mais as pessoas do que prêmios e castigos (BORDENAVE; PEREIRA, 2008). Além da autonomia, os elementos do Grupo Interno da Qualidade também constataram que ainda há o que aprender para melhorar a qualidade do trabalho na Clínica Pediátrica em sua estrutura, processo e resultado.

A metodologia do registro dos dados por meio da síntese elaborada por um participante, com gravação subsequente, não foi tarefa simples, e nem emergiu da vontade do grupo. A cada dia a participante ENF1 designava uma pessoa diferente. Os designados demonstravam fazê-lo por obrigação.

As dificuldades identificadas pelos elaboradores das sínteses, nas percepções da observadora e da pesquisadora, relacionavam-se à incapacidade de organização do pensamento para registro dos dados essenciais, gramática e vocabulário precários na escrita e leitura, e timidez diante do gravador. Às vezes, a transcrição da gravação tornava-se uma tarefa complexa para os participantes, evidenciada pela incoerência de suas frases, sem aproveitamento do conteúdo pela pesquisadora. Em outras vezes, o registro da gravação possibilitou o confronto entre o que foi planejado, o que foi realizado, e o que de fato foi assimilado pelos participantes.

O trabalho em grupo pode ser entendido, inicialmente, como limitante tanto nos aspectos cognitivos como atitudinais. Geralmente, em hospitais, não são incentivadas as habilidades de aprender a escutar, reconhecendo que colegas também podem ensinar, e de se expressar verbalmente de maneira a compartilhar o conhecimento. Este é um processo a ser apreendido e praticado no cotidiano, que deve ser estimulado pelo consultor interno (BARBATO, 2010).

Estas considerações sobre os aspectos limitantes não desmerecem esta modalidade de registro, ao contrário, a síntese oportuniza um momento para o grupo sistematizar e avaliar o trabalho do dia, permitindo-lhes visualizar sua produção e acompanhar o desenvolvimento do seu crescimento. Como não é aconselhável a linguagem intelectualizada, a pesquisadora optou pela realização da síntese por um

dos elementos do grupo, tornando-a o mais próxima possível da linguagem do grupo (AFONSO et al., 2006).

Constata-se portanto, que as pessoas necessitam ser preparadas para trabalhar em grupo, e para os iniciantes é um exercício difícil. Requer conhecimento da dinâmica e do tipo de envolvimento participativo, conhecimento mínimo do tema e capacidade cognitiva para determinadas atividades, tais como a elaboração de síntese das atividades e conclusão do encontro. É recomendável o estímulo ao aprender paulatino e progressivo, iniciando-se com atividades simples, identificação de potencialidades e valorização de todos os membros, cada um com seus talentos.

Portanto, o consultor interno deve exercitar a paciência e não se preocupar somente com o resultado final do trabalho, mas principalmente com o processo do aprendizado em grupo como gerador de mudanças pessoais. Assim, para que a qualidade permeie naturalmente e mude a prática na saúde, tornam-se necessárias compreensão e ações transformadoras da realidade, como consequência da articulação dos profissionais entre si e com o contexto em que estão inseridos (BARBATO, 2010).

4.1.6 OFICINA 5 – APLICAÇÃO À REALIDADE

Nesta oficina foram realizados dois encontros.

4.1.6.1 Planejamento do primeiro encontro

Para avaliação dos resultados da intervenção, viabilizada pelo processo de consultoria interna e facilitar a rápida troca de ideias e opiniões entre os participantes do grupo, houve preparação da técnica de ensino denominada Grupo de Verbalização e Grupo de Observação (GVGO). Esta técnica divide os participantes em dois grupos, um de observação (GO) e outro de verbalização (GV) (BORDENAVE; PEREIRA, 2008). O encontro foi planejado para ser realizado em dois momentos, um com a dinâmica de grupo, esperando-se atingir três objetivos, e outro por meio da exposição dialogada para o quarto objetivo.

Para o primeiro momento, foram elaborados cartões contendo perguntas disparadoras de acordo com os objetivos pretendidos pela pesquisadora, que estão apresentados no Quadro 6.

OBJETIVO	PERGUNTA DISPARADORA
Objetivo 1 - Avaliar a execução do plano de ação, redefinindo-o se necessário.	Foi necessário mudar o plano de ação ? Em que situações?
Objetivo 2- Discutir sobre o retorno da contribuição para a segurança do paciente e equipe, na perspectiva pessoal, profissional e institucional.	Ao executar o plano de ação, foi possível perceber a contribuição para a segurança do paciente ou equipe? Em que situações? Classificar os exemplos na perspectiva Pessoal, Profissional e Institucional (HC).
Objetivo 3 - Promover a discussão sobre atitudes, comportamentos favoráveis e administração de conflitos nos relacionamentos entre profissionais, serviços internos e externos envolvidos no Processo de Acreditação Hospitalar.	Houve algum conflito para colocar o plano de ação em prática? Caso afirmativo, os conflitos foram de ordem pessoal, profissional, ou entre os serviços envolvidos? Cite exemplos.
Objetivo 4 – Preparar o GIQ para realização de auditoria interna.	Exposição dialogada sobre os critérios e requisitos estabelecidos institucionalmente para a auditoria interna.

QUADRO 6 – OBJETIVOS E PERGUNTAS DISPARADORAS PARA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA INTERVENÇÃO
 FONTE: O autor (2011)

Destaca-se que no segundo momento planejado para atender ao Objetivo 4, foram buscadas as orientações gerais (critérios e requisitos) padronizadas pela AGQ e utilizadas pelos membros do Comitê da Qualidade e dos Grupos Internos da Qualidade, quando da realização das auditorias internas sistemáticas na instituição. Foram preparadas também, cópias suficientes da lista de verificação utilizada na auditoria interna realizada no mês de janeiro de 2011, de modo que os participantes tivessem em mãos o roteiro para a prática da auditoria interna no posto de enfermagem.

4.1.6.2 Realização do primeiro encontro em 12/08

Foi iniciado às 7h30min com a presença de oito participantes. Às 8h35min, chegou mais uma participante. Neste dia iniciou outra observadora em substituição à anterior. O local da oficina foi a sala de recreação das crianças, por permitir condições favoráveis de disposição de assentos para trabalhar a técnica GVGO. Como planejado, a oficina foi dividida em dois momentos, sendo no primeiro, realizada a avaliação da aplicação do Plano de Ação.

Foi utilizada a técnica GVGO, com a divisão em dois grupos. A pesquisadora arrumou a sala previamente, dispondo as cadeiras em dois semicírculos. Foram dispostos nas mesas cartões com perguntas, sendo que foi permitido que cada participante escolhesse o lugar de acordo com o tipo de pergunta que queria responder.

Foram repassadas instruções para cada participante responder as questões, individualmente, em dez minutos. O primeiro grupo verbalizaria e uma pessoa do segundo grupo registraria os pontos principais. O grupo todo complementaria e seria realizada a gravação. A seguir, o segundo grupo verbalizaria, todos complementaríamos informações e também seria gravado. Na sequência serão descritas cada pergunta, com o relato da síntese das respostas.

Primeira pergunta: “Foi necessário mudar o plano de ação? Em que situações?”

Todos responderam que sim, destacando situações relativas ao descarte de resíduos, controle do carrinho de emergência e identificação dos pacientes. Quanto ao gerenciamento de resíduos, foram identificadas todas as lixeiras, principalmente nas enfermarias, porém houve o descarte errôneo de agulha por uma mãe acompanhante, ocasionando acidente de uma funcionária da limpeza com material perfuro-cortante. Foram intensificadas as orientações para os acompanhantes. No Plano de Ação constava que esta orientação deveria ocorrer no momento da internação, a qual foi modificada para realização de orientações diárias com checagem dos descartes por uma funcionária.

Em relação à medicação do carrinho de emergência, antes havia excesso de medicação no carrinho e este não possuía lacre. Como não haviam controles escritos, os funcionários utilizavam o carrinho de emergência como um sub-estoque

até a entrega dos medicamentos prescritos, pela farmácia. No Plano de Ação nova rotina foi estabelecida, com reorganização do conteúdo do carrinho (somente itens para atendimento às emergências), colocação de lacre com registro do número de série deste e justificativa do motivo do rompimento, e frequência da revisão mensal. Houve conflito porque havia duas listagens: a da farmácia e a da Clínica Pediátrica.

Na lista da farmácia havia medicamentos que a unidade não utilizava, agora há uma lista só. A farmácia confere o carrinho uma vez ao mês, mas não repõe medicamentos, sendo que a unidade solicita várias vezes ao médico para prescrever, de modo a repor as medicações usadas.

Quanto à pulseira para identificação do paciente, foi definido no Plano de Ação que deveria ser conferido se os pacientes estavam identificados por pulseira, em horários pré-determinados, pela equipe de enfermagem. Teve que ser revisto, pois o fluxo de colocação da pulseira está sendo revisado pela Assessoria de Gestão da Qualidade. A unidade prefere aguardar esta definição para então retomar o plano.

Segunda pergunta: “Ao executar o Plano de Ação foi possível perceber a contribuição para a segurança do paciente ou equipe? Em que situações? Classificar os exemplos em: pessoal, profissional e institucional (HC).”

Todos consideraram que perceberam a contribuição do Plano de Ação para a segurança do paciente, citando as situações relativas à hemotransusão, especificamente na implantação da dupla checagem de hemoderivado, com contribuições no plano pessoal pela segurança na administração destes.

No plano profissional, foram relatados o bem estar gerado pela certeza de não estar realizando nada errado para o paciente, e a compreensão de que no plano institucional, esta ação gera menos erros na administração de hemoterápicos, diminuindo os custos para o hospital.

Outro aspecto citado foi em relação ao lacre no carrinho de emergência. Antes, mesmo sem uso, o lacre era rompido pelo menos duas vezes por mês porque a validade da cânula de entubação é de 15 dias. Foi retirada a cânula do carrinho e colocada na caixa de emergência. Antes do lacre, o carrinho tinha que ser conferido diariamente, pois os médicos de outros setores se abasteciam do conteúdo do carrinho de emergência da Clínica Pediátrica.

A contribuição pessoal percebida foi a racionalização do tempo do enfermeiro. No aspecto profissional, a certeza de que no momento necessário a equipe vai encontrar tudo o que é necessário para uma emergência. Esta reorganização também facilitou a conferência devido à existência de uma lista padrão de medicamentos e materiais com a respectiva data de validade e o fato de as medicações terem o mesmo prazo de validade. No plano institucional, a contribuição foi a redução no custo hospitalar.

Terceira pergunta: “Houve conflito para colocar o plano de ação em prática? Caso afirmativo, os conflitos foram de ordem pessoal, profissional ou entre os serviços envolvidos? Cite exemplos.

Para adequar suas práticas, os membros do grupo relataram vários conflitos. Em relação aos setores envolvidos, o principal conflito foi com a Unidade de Infraestrutura, pois quando solicitadas as adequações, a resposta era que estavam sendo priorizadas as das unidades que estavam sendo avaliadas para a certificação de acreditação. Como a Clínica Pediátrica não estava incluída na avaliação externa, os prazos agendados não foram cumpridos, havendo necessidade de repetir as solicitações.

Alguns conflitos profissionais também aconteceram na própria unidade. Foram constatadas que algumas pessoas sabem o que é certo, o que deve ser feito, e não fazem. Em relação aos demais membros da equipe, como médicos e nutricionista, não foi possível executar o plano em conjunto devido à dificuldade em conciliarem os horários. O grupo concluiu que depender dos outros é muito difícil, com morosidade na obtenção das melhorias.

Iniciou-se a seguir, o segundo momento da oficina, destinado a preparar o GIQ para realização da Auditoria Interna.

Este momento iniciou às 8h40min, com a distribuição pela pesquisadora, de documento da Assessoria de Gestão da Qualidade contendo itens relacionados à postura do auditor interno, sendo que cada um dos 18 itens foi explicado e exemplificado. Todas permaneceram atentas, comentando que ao realizar a auditoria interna correrão o risco de encontrar “cara feia” das colegas quando forem identificadas não-conformidades, além das dificuldades com os médicos por falta de carimbo nos prontuários.

Foi proposto pela pesquisadora que a aula prática da auditoria interna fosse realizada no posto de enfermagem, havendo concordância unânime por ser um ambiente de domínio da enfermagem, e consequentemente, de maior liberdade e pouca interrupção.

Todo o grupo se dirigiu para aquele local, e durante a auditoria interna, o mostraram-se interessadas, participando intensamente. O grupo não considerou ter havido dificuldades na realização da auditoria interna, mas reconheceu que são muitos os detalhes a serem checados.

Ficou combinado que o grupo realizaria a divulgação e preparação da equipe da Clínica Pediátrica para ser auditada no período de 15 a 20/08/11; que a auditoria em si e a elaboração do relatório ficariam programados para o período de 22 a 27/08/11, ficando a previsão do último encontro para o período entre 29 a 31/08/11. A oficina terminou às 9h35min.

4.1.6.3 Análise crítica

O ambiente (sala de recreação das crianças) foi considerado propício à efetiva participação do grupo, o qual se apresentou mais à vontade em uma sala que costumam utilizar sem restrição no tempo de ocupação. No início, o grupo estava muito atento e interessado. No momento do exercício foram necessárias mais explicações, de modo que a pesquisadora providenciou os planos de ação escritos para facilitar a execução do exercício. Não ocorreram dificuldades para os participantes optarem entre o grupo de verbalização e de observação.

A participante AEN2 que trabalhou no plantão noturno estava apreensiva, com dificuldade para compreensão, solicitava ajuda para a colega do lado, e para a pesquisadora durante a dinâmica, assim como a participante AEN3, que terminou o exercício rapidamente, mas continuava com dúvidas fazendo perguntas às colegas e à pesquisadora, que respondia a todos os questionamentos. O exercício estava previsto para durar dez minutos e durou quinze minutos.

Quando foi comentado sobre a pulseira de identificação do paciente, o grupo todo se mostrou atento, compreendendo como colocá-la, e confirmando a existência de muitas dificuldades com este produto, pois a pulseira rasga ou machuca a pele, e a etiqueta apaga.

Sobre os conflitos, houve o reconhecimento de que o Programa de Acreditação facilitou a resolução de várias questões, mas as promessas não cumpridas por outras unidades, relacionadas principalmente aos prazos, incomodam por que geram retrabalho. Há um consenso que está havendo uma evolução na unidade. Várias pessoas se manifestaram a respeito dos comportamentos dos profissionais que resistem a melhorias.

Neste sentido, Juran (2009) destaca que os clientes internos possuem necessidades, tais como respeito e continuidade de hábitos, e que os padrões culturais das equipes devem ser reconhecidos, sob pena de as mudanças propostas tornarem-se ameaças a estes valores: as equipes então expressam resistência até que a natureza da ameaça seja entendida.

Outro aspecto abordado por este autor, que esclarece a posição de manutenção de comportamentos inadequados por alguns membros da equipe, é que os seres humanos são, por natureza, propensos a erros: alguns violam conscientemente as regras, pela existência de ambientes punitivos; outros, inconscientemente, tomam atalhos que podem prejudicar os pacientes, e uma minoria são rebeldes e violam as regras movidos por convicções pessoais. Sendo assim, sistemas hospitalares devem ser projetados de modo a fornecer meios para redução de erros, contemplando o controle dos processos e, conseqüentemente, dos erros humanos.

O grupo relatou que as portas se abrem quando se fala em acreditação, mas considera que o fato de a Clínica Pediátrica não ser uma Unidade Gerencial é a maior dificuldade. Este modelo de gestão denominado Unidade Gerencial foi adotado pela instituição há nove anos, e caracteriza-se por ser descentralizado, com uma estrutura gerencial própria, composta por gerente, supervisor médico, supervisor de enfermagem, e supervisor administrativo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2010).

Pelo relato do grupo, constatou-se que algumas ações implantadas não geraram o resultado esperado, obrigando-o a rediscutir a situação e buscar alternativas. Em outras situações, o resultado positivo foi de reconhecimento imediato, e isto trouxe grande satisfação para a equipe. Também a certeza de fazer o certo e de estar seguindo o caminho indicado pela instituição traz tranquilidade e redução de estresse.

Algumas ações planejadas estavam relacionadas à adesão a métodos institucionais para proteção dos pacientes contra os erros humanos, defendidos por Juran (2009), tais como a eliminação do erro, exemplificado pela retirada da cânula de entubação do carrinho de emergência, a qual passou a ser armazenada em uma maleta, proporcionando assim, seu uso freqüente e a mobilidade desejada, uma vez que é carregada pelo médico. O método da facilitação também foi aplicado, sendo a pulseira de identificação do paciente e a etiqueta semi-pronta para identificação dos medicamentos abertos, meios para reduzir a propensão aos erros de identificação do paciente e de preparação e administração errôneos de medicamentos, os quais são bastante frequentes nas instituições hospitalares.

Foi percebido certo orgulho por parte dos membros do grupo por integrarem a 'equipe da acreditação', sendo visto este programa como um aliado na obtenção de melhorias, notadamente quando estas são dependentes de outros serviços. O relato dos participantes corrobora a afirmação de autores, que afirmam ser mediante abordagens problematizadoras que os atores da área da saúde passam de receptores passivos de técnicas ou ferramentas da qualidade, para co-autores do processo, fazendo uso das suas potencialidades como seres humanos, e construindo um ambiente de trabalho saudável para si mesmos e mais seguro para os pacientes (BLEGER, 1998).

O grupo entendeu que conseguirá melhores resultados se houver adesão às políticas institucionais relativas ao modelo de gestão baseado em unidades gerenciais, no sentido de que como unidade gerencial, a Clínica Pediátrica estará mais integrada às demais e obterá maior colaboração, principalmente em relação aos problemas relacionados à infraestrutura, uma vez que as prioridades são definidas em colegiado gestor, fórum de decisão institucional em que participam os gerentes das unidades gerenciais.

A tendência inicial do grupo era de listar as dificuldades originadas pela relação com outros setores, porém os participantes foram percebendo que as barreiras internas existem e, por estarem na governabilidade do próprio grupo, devem ser enfrentadas e ultrapassadas.

5.1.6.4 Planejamento do segundo encontro

Da mesma forma que no planejamento do primeiro encontro, neste também foram traçados objetivos, estabelecida a atividade, e preparados os materiais para apoio ao desenvolvimento da oficina, conforme o Quadro 7.

Como parte do planejamento deste segundo encontro, foi combinado previamente com a enfermeira responsável que esta levasse ao encontro o relatório da auditoria interna realizada pelo GIQ. Foi também enviado pela pesquisadora, por e-mail à referida enfermeira, o relatório anterior como modelo.

Foi previsto que no final desta atividade, seria verificado, conjuntamente, para que lado a balança penderia, a partir das considerações dos resultados positivos ou negativos.

OBJETIVOS	ATIVIDADE	MATERIAIS
<p>Objetivo 1</p> <p>Estimar os resultados referentes à resolução das não - conformidades, traduzidos em percentuais, de modo a subsidiar a análise da evolução dos resultados em relação aos da auditoria preliminar realizada em janeiro de 2011.</p>	<p>Calcular por meio de análise de proporcionalidade, o percentual de não-conformidades resolvidas da auditoria realizada pela equipe.</p>	<p>Relatórios de auditorias realizadas pela AGQ e Grupo Interno da Qualidade da Clínica Pediátrica em janeiro e agosto, respectivamente.</p>
<p>Objetivo 2</p> <p>Discutir a experiência de participação ativa do grupo em todas as etapas do preparo para avaliação de certificação de acreditação hospitalar.</p>	<p>Recapitular todas as etapas realizadas desde 27/05/11 até o momento.</p> <p>Levantamento dos pontos positivos e negativos da participação ativa na preparação da unidade para acreditação.</p>	<p>Modelo Lógico e Modelo Teórico</p> <p>Figura ilustrativa do Arco de Maguerez.</p> <p>Impresso contendo figura de uma balança</p> <p>Impresso contendo perguntas disparadoras:</p> <p>Como foi para você participar desta experiência de preparo da Pediatria para a Acreditação?</p> <p>Destacar pontos positivos e pontos negativos.</p>
<p>Objetivo 3</p> <p>Avaliar se o trabalho realizado contribuiu para a segurança do paciente e da equipe.</p>	<p>Reflexão individual e coletiva sobre os três meses de trabalhos intensos voltados para o Programa de Acreditação.</p>	<p>Impresso contendo perguntas disparadoras:</p> <p>Você conseguiu perceber resultados relacionados com a segurança do paciente e da equipe?</p> <p>Poderia citar alguns?</p>
<p>Objetivo 4.</p> <p>Discutir o compromisso de monitoramento contínuo de indicadores de segurança, utilização de ferramentas de controle da qualidade de estrutura, processos e resultados e realização de auditorias internas periódicas.</p>	<p>Informação que a unidade será avaliada em fevereiro de 2012 pela instituição acreditadora credenciada.</p> <p>Reflexão sobre a manutenção dos avanços e a resolução das pendências.</p>	<p>Impresso contendo a seguinte pergunta disparadora: De que forma a unidade pretende monitorar os avanços de forma a mantê-los e resolver as não-conformidades que ainda persistem?</p>
<p>Objetivo 5. Conhecer a atribuição do GIQ segundo a AGQ</p>	<p>Leitura e discussão das atribuições deste grupo após o término dos trabalhos.</p>	<p>10 cópias do documento da AGQ contendo as atribuições dos Grupos Internos da Qualidade do HC-UFPR</p>

QUADRO 7 - OBJETIVOS, ATIVIDADES E MATERIAIS PARA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS - FONTE: O autor (2011)

4.1.6.5 Realização do segundo encontro em 30/08/11

O encontro teve início às 7h32min, com a proposta da pesquisadora para as atividades do dia relacionadas à identificação de transformações na Unidade de Clínica Pediátrica, ao conhecimento de como o grupo se sentiu participando das oficinas, à avaliação da relevância deste trabalho para a unidade, à avaliação se a consultoria interna auxiliou a Clínica Pediátrica a se preparar para a avaliação de acreditação, e finalmente, se o grupo recomendaria o uso deste modelo em outras unidades do hospital.

A pesquisadora estimulou o grupo a falar como foi realizada a auditoria interna, sendo relatado que a participante ENF1 dividiu os itens de verificação para quatro duplas e depois teve que readequar para três duplas entre os membros do GIQ.

No início, os elementos do grupo que atuaram como auditores internos queriam assinalar, no roteiro, que os profissionais da unidade faziam tudo certo, sem realizarem a verificação no local. Mas quando foram buscar as evidências, concluíram que não estavam fazendo como deveriam.

A auditoria foi realizada no dia 24/08/11, nos turnos da manhã, tarde e noite. Consideraram que é uma atividade trabalhosa. Outro ponto levantado foi a dificuldade na interpretação de alguns itens de verificação, devido à inexperiência do grupo em realizar auditorias.

A participante ENF2 contou que uma colega achava que a auditoria era brincadeira, porém referiu que a maioria dos funcionários encarou esta atividade com seriedade. Quando os itens eram relativos a membros da equipe multiprofissional, ausentes no momento, só eram colhidas evidências mediante registros. A pesquisadora reforçou o caráter educativo da auditoria interna, e todas as participantes demonstraram muita atenção.

A participante ENF3 relatou que auditar, sendo parte da equipe, é mais difícil, pois há muita interrupção e confusão por parte dos funcionários, entre os papéis de enfermeira assistencial e de auditora. Referiu que alguns profissionais são resistentes, uma vez que sabem que estão errados, mas persistem no erro. Exemplificou esta situação com o descarte de resíduos, que ainda é um problema na unidade. Segundo ela, há um reconhecimento que a unidade está há quatro anos

defasada em relação ao gerenciamento de resíduos, devido às suas instalações improvisadas durante este tempo, em outro andar, em consequência de reformas, motivo pelo qual não segregavam adequadamente e não era possível corrigir as não-conformidades, pois a localização era temporária.

A pesquisadora enfatizou a importância de sempre reforçar determinados assuntos junto à equipe, com vários membros do GIQ se revezando. Assim quando uma pessoa se cansar, outra assume o papel de educador. Como pontos positivos, foram relatadas sensíveis melhoras nos registros dos procedimentos, e na unidade como um todo.

A participante ENF1 relatou estar impressionada com a equipe do Serviço de Manutenção, a qual amadureceu muito com o processo de acreditação, apresentando comportamentos de cooperação e vontade de solucionar os problemas.

Foi recomendada pelo grupo a realização deste tipo de consultoria interna também para outras unidades.

Foram realizados os cálculos referente ao relatório da auditoria interna realizada em agosto de 2011, sendo que nestes três meses foram resolvidas pelo grupo 40 não-conformidades.

Na comparação com a auditoria interna realizada em janeiro de 2011, foram considerados os seguintes dados: em janeiro, entre os 143 itens de verificação, foram identificadas 60 não-conformidades, indicando que a unidade atendia 58,04% dos padrões elencados pelo Programa de Acreditação. Por sua vez, na auditoria realizada em agosto, entre os mesmos 143 itens de verificação, 20 não-conformidades foram evidenciadas, significando que esta unidade passou a atender 86,01% dos padrões estabelecidos.

A pesquisadora enfatizou que foi obtido um bom resultado, e a equipe se preocupou quanto à responsabilidade em manter os avanços alcançados.

A pesquisadora apresentou a trajetória completa do trabalho de consultoria com o grupo, mostrando a figura do Arco de Magueres, e os Modelos Lógico e Teórico.

Passou-se à dinâmica denominada Balanço na Balança. Foram distribuídas folhas com a figura de uma balança, com a questão “Como foi para você participar dessa experiência de preparo da Pediatria para a Acreditação?” Além da pergunta, havia duas colunas, uma de pontos positivos e outra de pontos negativos. O verso

da página continha a questão: “Foram três meses de trabalhos intensos voltados para o Programa de Acreditação. Você conseguiu perceber resultados relacionados com a segurança do paciente e da equipe? Poderia citar alguns?”

Após escreverem por 16 minutos, cada participante apresentou o seu ponto de vista. À medida que os participantes relatavam os resultados de sua balança, a observadora os registrava, contabilizando, somente uma vez, cada ponto negativo ou positivo apresentado. O resultado final foi de onze pontos positivos e seis negativos, levantados pelo grupo.

Foram citados como aspectos positivos: o envolvimento do grupo com os problemas do Serviço; os conhecimentos adquiridos, que transformaram a percepção das coisas erradas, permitiram o aprofundamento referente aos requisitos para a acreditação, o que tornou o grupo mais seguro; em relação ao gerenciamento dos riscos e à própria equipe; o crescimento pessoal e o entrosamento entre os membros do grupo provocaram união e as mudanças visíveis realizadas na unidade. Também houve uma uniformização da linguagem, e valorização dos membros do Grupo Interno da Qualidade pelo restante da equipe de saúde da Clínica Pediátrica.

As participantes ENF1, ENF2 e ENF3 consideraram a existência do Grupo Interno da Qualidade como um grande apoio à resolução dos problemas da unidade. Outro ponto positivo foi que houve um preparo para que o grupo entendesse os fundamentos para a resolução dos problemas. Como exemplo, citaram o controle dos insumos do carrinho de emergência, com envolvimento de outros setores como a farmácia.

Como pontos negativos, citaram a falta de tempo, tendo como consequência um plano de ação limitado, e dificuldades no uso das ferramentas da qualidade. Referiram dificuldades na abordagem do restante da equipe de saúde da Clínica Pediátrica que não passou pela experiência do grupo junto à consultoria interna, bem como as férias da liderança no mês de julho justamente na aplicação do Plano de Ação. A ansiedade em querer resolver tudo rapidamente, e a preocupação com a assistência enquanto estava nas atividades deste grupo também foram referenciados como aspectos negativos.

Passou-se à questão sobre os resultados relacionados à segurança do paciente. Foram citados a melhora na dupla checagem na transfusão sanguínea, o lacre no carro de emergência, o fluxo elaborado para atendimento de emergência, que está sendo aplicado, a notificação de eventos adversos, a preocupação da

equipe com o berço, a fim de evitar quedas e a diminuição das infiltrações na infusão venosa de quimioterápicos.

Foi percebido pelo grupo que as orientações tem sido feitas, constantemente, e realizadas com mais seriedade pela equipe da unidade, evidenciando que esta equipe está alerta em relação à ocorrência de não-conformidades. Enfim, o serviço está mais comprometido.

Também evidenciou-se maior preocupação com eventos adversos, a cobrança das etiquetas de validade de medicamentos após sua abertura, o vestuário e uso de EPI pela equipe (máscara e avental), as anotações de enfermagem identificadas pelo profissional que as realizaram, a existência de uma lista com os telefones dos plantonistas disponível para acesso de todos, e os POPs atualizados. Houve o conserto do sofá da sala de recreação que estivera rasgado por muito tempo. Foi citado que o maior resultado é o medo de errar, a tomada de consciência da responsabilidade pelos funcionários da Clínica Pediátrica, os quais estão muito mais atentos. Esta etapa foi concluída às 8h55min.

A pesquisadora teceu comentários sobre as falas do grupo. Disse-lhes que a ansiedade é favorável, pois quando as pessoas se preocupam, erram menos e se mantêm alertas. Sobre as férias da chefia, comentou que o hospital não para, não importa se o líder está em férias. Sendo assim, a equipe não pode ser tão dependente, e alguém deve assumir a liderança nestes momentos. Ademais, a responsabilidade também é dos membros do GIQ, não só da liderança.

Quanto à resistência de alguns colegas, pode-se considerar uma reação esperada, pois geralmente as pessoas reagem contra o que não conhecem, por isso há necessidade de socializar o conhecimento com todos os membros da equipe da Clínica Pediátrica. A acreditação e todos os processos que envolvem a certificação são direcionados para fazer o que é correto, não há tergiversações.

A pesquisadora provocou a equipe afirmando que todos tem um grande desafio, agora que o trabalho da consultoria terminou: manter os avanços obtidos e corrigir as não-conformidades que ainda persistirem. Questionou: como monitorar o que conseguiram? Surgiram entre os participantes várias sugestões, tais como a realização de mais reuniões e treinamentos para o Grupo Interno da Qualidade e os outros profissionais da Clínica Pediátrica; fazer um café para envolver um número maior de pessoas e então fazer a parte educativa, com participação da Direção do

Corpo Clínico para discussão dos protocolos e do Termo de Consentimento Esclarecido, junto aos médicos da Unidade.

A seguir, a pesquisadora promoveu um lanche, durante o qual foram repassadas as atribuições do Grupo Interno da Qualidade.

Foi abordado inicialmente o histórico dos GIQ no Hospital, seus objetivos (Programa 5 S, melhorar a unidade continuamente), o perfil desejável para se tornar membro, incluindo o livre acesso ao setor, e o caráter voluntário da participação.

Há um regimento que recomenda a atuação do membro por dois anos, podendo este continuar por tempo indeterminado. No caso de substituição, um terço dos componentes deve permanecer. O número de participantes deve ser de quatro a oito, com representantes das várias categorias e turnos, e o grupo deve escolher um coordenador, cujas atribuições já estão definidas no regimento da AGQ.

Quanto ao Grupo Interno da Qualidade, suas atribuições são: manter as auditorias internas a cada seis meses; acompanhar a execução do plano de ação; e participar das capacitações promovidas pela AGQ. Os componentes do GIQ devem ser os profissionais detentores do maior conhecimento sobre qualidade, então há necessidade de todos estarem sempre atualizados. Foi entregue impresso da AGQ contendo todas as orientações citadas.

A pesquisadora agradeceu a todos a participação, e em especial o apoio da Chefia de Enfermagem, que organizou a escala em todos os encontros de modo a garantir a realização das oficinas; colocou-se à disposição de todos.

A oficina foi encerrada às 9h26min, sendo que não houve gravação, e nem foi elaborada síntese da reunião, os dados foram obtidos por meio das respostas escritas às questões disparadoras, e às anotações da observadora.

5 SÍNTESE DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO MODELO TEÓRICO DA CONSULTORIA INTERNA JUNTO AO GIQ DA CLÍNICA PEDIÁTRICA

Partiu-se de uma realidade em que a Clínica Pediátrica estava em uma situação singular em relação às demais unidades do Hospital de Clínicas. Isto se explica pelo fato de a Clínica Pediátrica não ser uma Unidade Gerencial e, ainda, não ter sido avaliada pela instituição acreditadora em novembro de 2010 e maio de 2011. Na etapa Observação da Realidade, os membros do grupo conheceram os problemas da unidade por meio da auditoria interna realizada em janeiro de 2011.

Na etapa de Pontos Chaves, o grupo obteve consenso de que a solução de 52 das 60 não-conformidades identificadas no relatório estava sob governabilidade da unidade.

Na Teorização, etapa em que à luz da teoria, ou da pesquisa, se discutem causas e soluções do problema, e se acrescentam novos conhecimentos sobre o assunto em pauta (BORDENAVE; PEREIRA, 2008), uma participante trouxe a discussão sobre cultura de organizações públicas. Isto ajudou o grupo a compreender as limitações e as razões de determinados comportamentos observados. Adicionalmente, a pesquisadora trouxe os conceitos e teoria sobre as ferramentas da qualidade utilizadas no Hospital.

Na etapa Hipóteses de Solução, o grupo elaborou o Plano de Ação com participação intensa de todos, trazendo idéias para resolver as não-conformidades.

Para Aplicação à Realidade, a pesquisadora propôs o questionamento sobre como aplicar as ferramentas aprendidas a fim de transformar a realidade. Observou-se que o Plano de Ação elaborado pelo grupo parecia viável, mas nem sempre teve aplicabilidade na prática. Nesta etapa em que são testadas e aplicadas as hipóteses, o grupo executou as ações planejadas, e na percepção dos participantes, de modo geral, provocou transformações na realidade da unidade. Mas as evidências colhidas durante a auditoria interna realizada pelo Grupo Interno da Qualidade, somente se comprovaram, quando foram contabilizados os resultados.

Esta auditoria foi recebida pela maioria dos demais profissionais da Clínica Pediátrica com a mesma seriedade de uma avaliação real de certificação, e serviu

ao objetivo institucional de preparar e educar os diversos profissionais para a avaliação de acreditação (LEÃO et al., 2009).

Percebe-se a relevância das avaliações quantitativas, que retratam objetivamente os avanços obtidos pelo grupo, incentivando-os a promover ambientes seguros para os pacientes, mas também para o desenvolvimento das atividades rotineiras. A formação de duplas para a avaliação interna permitiu a discussão das evidências, dirimindo possíveis dúvidas quanto à conformidade dos itens de verificação aplicados e facilitando a elaboração do relatório da auditoria interna.

A avaliação global dos participantes foi de que houve transformação na realidade da Clínica Pediátrica. A equipe verbalizou em vários momentos o desejo da integração ao modelo de gestão institucional denominado Unidades Gerenciais, pelo apoio que a estrutura gerencial composta por gerente e supervisores daria para a solução dos problemas.

A consultoria interna aplicada por meio do Modelo construído viabilizou o aprendizado em grupo de maneira significativa, com o repensar dos próprios valores (AFONSO et al., 2006), observado por exemplo, na discussão sobre a cultura organizacional do serviço público, desfavorável à implantação de programas de qualidade.

A dinâmica “balanço na balança” utilizada para avaliação pelos participantes, acerca da trajetória percorrida e seus resultados, forneceu o *feedback* desejado pela pesquisadora, que exercitou a atitude de compreensão, encorajando os demais participantes a exprimirem os sentimentos de forma aberta, aceitando possíveis críticas e desconfianças como oportunidade de aprendizagem e crescimento. Tal habilidade é desejável em consultorias internas, por ser relativamente comum a necessidade de gerenciar conflitos, devendo-se propiciar ambiente livre para expressão das discordâncias de forma aberta e produtiva (MOURA, 2009).

A pesquisadora também fez uso da informação e reflexão extraídas das vivências pessoais e profissionais de cada uma das participantes, resultando na intervenção e transformação da realidade da Clínica Pediátrica (AFONSO et al., 2008).

6 CONCLUSÕES

Os objetivos propostos para o desenvolvimento da pesquisa foram alcançados. Construiu-se um Modelo Lógico-Teórico de consultoria interna para o preparo de unidades hospitalares para a avaliação de certificação de acreditação; o qual foi aplicado à Clínica Pediátrica do Hospital de Clínicas da UFPR, e analisada sua aplicabilidade.

O Modelo Lógico-Teórico de consultoria proposto proporcionou um caminho gradativo do Grupo Interno da Qualidade rumo ao preparo da unidade para a avaliação de certificação de acreditação, com construção coletiva e participativa, oferecendo a oportunidade a todos de reconhecer e transformar sua realidade.

O modelo pedagógico é a problematização, contemplando as etapas de Observação da Realidade, Pontos-chave, Teorização, Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade.

O Modelo Lógico-Teórico desenvolvido mostrou-se eficaz para o desenvolvimento de um processo participativo de construção da autonomia de membros de um grupo, para atuarem como agentes de transformação da Clínica Pediátrica com vistas ao provimento de um ambiente de cuidado seguro e de qualidade aos pacientes e funcionários. Portanto, pode ser replicado em qualquer tipo e porte de organização de saúde, bem como focalizar os demais programas e processos de gestão da qualidade, com as apropriadas adequações.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As oficinas realizadas foram consideradas pela pesquisadora como dinâmicas de grupo sócio-educativas, com objetivos focados e numa dimensão pedagógica. Assim, mantiveram-se as características de grupo operativo, com trabalhos estruturados, número de encontros variados, cada um com questões centrais a serem elaboradas pelo grupo e a manutenção do contexto social hospitalar.

As análises críticas realizadas após cada encontro proporcionaram à pesquisadora a avaliação do planejamento, do desenvolvimento e resultados referentes a cada etapa do Modelo de Consultoria, levando em conta as suas próprias anotações, assim como as considerações do observador, para o redirecionamento dos futuros encontros. Estas anotações também influenciaram na condução do grupo pela pesquisadora, na medida em que sinalizavam a necessidade de maior estímulo ou valorização das falas dos participantes, de modo a ajudá-los a superar dificuldades fisiológicas decorrentes do trabalho exaustivo, como a sonolência pós-plantão. Além disso, forneceram dados sobre as expectativas dos participantes, assim a pesquisadora pôde planejar os encontros com conteúdos e dinâmicas que contribuíssem para o afloramento das competências individuais e grupais.

A consultoria interna realizada empoderou os profissionais mediante o acesso ao conhecimento teórico e a vivência na prática, transformando-os em agentes potenciais de mudança. A experiência junto à consultoria interna, além de desejada pelo grupo, deu-lhes ferramentas para exercer a profissão de modo mais seguro, reduzindo as possibilidades de causar dano aos pacientes atendidos.

Adicionalmente, a aplicação do Modelo Lógico-Teórico junto ao Grupo Interno da Clínica Pediátrica, lançou um desafio a pessoas que já se conheciam profissionalmente de longa data. O trabalho requereu a convivência face a face de maneira intensiva entre elas, mas principalmente, construiu um grupo propriamente dito, cujos participantes formaram um conjunto de pessoas unidas entre si por objetivos e ideais comuns, com o reconhecimento de que na sua heterogeneidade, fazem parte e estão inseridos na Clínica Pediátrica.

Todavia, a convivência e participação no grupo manteve intacta a individualidade dos seus elementos, no sentido de que as diferenças individuais

alimentaram o crescimento do grupo; proporcionou o aprendizado vivencial, gerando o desenvolvimento da escuta e do respeito pelo outro, e deu-lhes uma identidade: são 'do grupo da acreditação'. As vivências pessoais e profissionais de cada elemento foram valorizadas no grupo, contribuindo para a transformação da realidade da Clínica Pediátrica.

A participação do Grupo Interno da Qualidade em oficina de Gerenciamento de Riscos oferecida pela AGQ subsidiou o Plano de Ação da Clínica Pediátrica, pois as pessoas já estavam aptas a formular as ações sem que a pesquisadora precisasse abordar esta temática mais aprofundadamente. Nesse sentido, a parceria entre a pesquisadora e a enfermeira responsável pelo gerenciamento dos riscos na instituição acelerou o processo de maneira consistente e no contexto do Programa de Segurança do Paciente desenvolvido institucionalmente. Isto comprova a relevância da integração entre os programas da gestão da qualidade e valorização das expertises que a constituem.

Em organizações de grande porte, é comum utilizar-se estrategicamente, da capacitação de multiplicadores, de maneira que estes compartilhem e disseminem o conhecimento e experiências apreendidas aos demais, multiplicando o acesso a conteúdos de interesse de todos. Como os sujeitos desta pesquisa verbalizaram possuir dificuldades na abordagem adequada de questões relacionadas à qualidade junto à equipe de profissionais da unidade, recomenda-se que em consultorias internas para preparação de unidades para avaliação de certificação de acreditação, sejam desenvolvidas competências para proporcionar aos membros do grupo acesso ao conhecimento como também habilidades e atitudes adequadas para exercerem, de fato, a função de multiplicadores, sem a dependência do reforço externo.

O grupo participante desta pesquisa manifestou interesse na continuidade do aprendizado e na manutenção dos bons resultados, porém relatou que existem barreiras comportamentais, que a pesquisadora acredita que podem ser removidas mediante a construção de relacionamentos transdisciplinares baseados na boa convivência e na serenidade nas relações de trabalho. Além do que, bons resultados também se mantêm pela empatia e cuidado com o outro. A qualidade no serviço público de saúde é feita por funcionários públicos competentes e bem preparados, que se preocupam com sua própria segurança, mas também com a construção de sistemas de saúde seguros que inspirem confiança para os pacientes.

Para a manutenção dos avanços obtidos, recomenda-se a realização de avaliações periódicas pelo Assessoria de Gestão da Qualidade, sem agendamento prévio, de modo a checar se os pilares básicos do Programa de Qualidade continuam sendo praticados, independente das datas de avaliação de manutenção da certificação obtida pela instituição acreditadora credenciada. Assim, o foco será a qualidade, e não somente o Programa de Acreditação.

Este processo de consultoria interna participativo e de desenvolvimento de autonomia e competências dos elementos do Grupo Interno da Qualidade proporcionou aprendizados compartilhados entre a pesquisadora e demais elementos. Todos juntos, fomos nos apoiando no “velho”, isto é, na realidade existente, para nos adaptarmos ao “novo”, com outros desafios, metodologias, ferramentas e vocabulários diferentes, motivados pela idéia de que a pouca qualidade e o ambiente inseguro não mais nos satisfazem.

Processos como este vivenciado neste grupo nos estimulam a exercer o papel para o qual fomos preparados profissionalmente, e para o qual temos uma responsabilidade ética e moral: a proteção da vida e o respeito à dignidade humana.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M (org).et al. **Oficinas em dinâmicas de grupo**: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do psicólogo, 2006.

ALVES, V. L.S. **Gestão da Qualidade**: Ferramentas usadas no contexto contemporâneo da saúde. São Paulo: Martinari, 2009.

AQUINO, C.R.; GIAPONNESI, A.L.; SANTOS, I.N. **Enfermagem e Acreditação Hospitalar**, in Qualidade em Saúde e indicadores como ferramentas de gestão. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2008.

ARGYRIS, C. **Intervention**-Theory and Method. Reading-MA: Addison-Wesley Publishing, 1970.

_____,SCHON, D. **Organizational Learning II** -Theory, Method and Practice. Reading-MA: Addison-Wesley Publishing, 1996.

BARBATO R.G., CORREA A.K., SOUZA M.C.B.M. Trabalhar em grupo: experiência de estudantes de enfermagem e implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery Rev Enferm** v.14, n.1, p.48-55, 2010.

BELMANN, G. **A vocação de consultor**. São Paulo: Makron, 1993.

BERRY,L; SELTMAN, K. **Lições de Gestão da Clínica Mayo**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

BEZERRA, I. C. de A.; CASARIN, G.; ALVES, C. K DE A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. IN: SAMICO, I.;FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A.; FRIAS, P. G. N. **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

BLEGER, J. O grupo como instituição e o grupo nas instituições. In: BLEGER, J. **Temas de Psicologia**: entrevista e grupos. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BRANDÃO, C. R. **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial n.883 de 5 de julho de 2010. Diário Oficial n.127 p.17 seção 1. Brasília DF, 06/07/10.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Manual de Elaboração**: plano plurianual 2008-2011. Brasília: MP, 2007. Disponível em WWW. planejamento.gov.br. Acessado em 23.11.2011.

CARRARO, T. E. **Enfermagem e Assistência**: resgatando Florence Nightingale. Goiânia: AB, 1997

CASTRO, I.B. Prefácio à edição brasileira. In: NIGTHINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. A Metodologia da Problemática com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Humanas e Sociais**, Londrina, v.28, n.2, p. 121-146, 2007.

COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21 Century**. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G. **Hospital: Acreditação e gestão em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

DESCARTES, René. **Discurso do Método**. São Paulo: Ícone, 2006.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 29.ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

D' INNOCENZO, M. (Coord). **Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. São Paulo: Martinari, 2006.

DONABEDIAN, A. The epidemiology of quality. **Inquiry**.v. 22, p. 283-92, 1985.

_____. Quality Assurance in our Health Care System. **Assurance and Utilization Review**. v.1, p. 6-12, 1986.

_____. Institutional and professional responsibilities in quality assurance. **Int J Qual Health Care**. v. 1, n.1, p.3-11, 1989.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2007.

FALCONI, Vicente. **O verdadeiro poder**. Nova Lima: INDG, 2009

FELDMAN, L.B. **Análise dos critérios de avaliação do serviço de enfermagem adotados nos processos de acreditação institucional**. 2002. Dissertação. [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Guarulhos (UnG), Guarulhos, 2002.

_____. **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2009.

FRIAS, P. G.; COSTA, J. M. B. da SILVA; FIGUEIRÓ, A. N.; MENDES, M. F. de M; VIDAL, S. A. Atributos da qualidade em Saúde. IN: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A.; FRIAS, P. G. N. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M (Org). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HERNANDEZ, J.M.C., CALDAS, M.P. Resistência à mudança: uma revisão crítica. **RAE**, v.41, n.2, p. 31-45, 2001.

INSTITUTO PARANAENSE DE ACREDITAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – IPASS. **Quem somos**. Disponível em www.ipass.org.br. Acessado em 01/05/2011.

JURAN, J.M. **A qualidade desde o projeto**: novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços. 1.ed. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

KENTON, B., MOODY, D., TAYLOR, B. **The role of the internal consultant**. Roffey Park Institute. 2003. Disponível em www.roffeypark.com/docs/internalconsultant.pdf. Acessado em 12/10/ 2011.

KIND, L.; Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, v. 10, n. 15, p. 124-136, 2004.

KOHN, L.T., CORRIGAN, J.M., DONALDSON, M.S. **To Error is Human**: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

LEÃO, E. R. et al. **Qualidade em Saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2008.

LE BORTEF, G. **De la compétence**: essai sur un attracteur étrange. Quatrième Tirage. Paris (FR): Les Éditions d'organisation; 1995.

LOHR, K. Institute of Medicine. **Medicare**: a strategy of quality assurance. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

MANCIA, L.T.S. **Os desafios do modelo de consultoria interna**: uma experiência gaúcha. Dissertação. [Mestrado em Administração] 1997. 184f. EA/PPGA. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MELLO, R.M. Projeto de Intervenção Pedagógica na Escola. 2008. Disponível em: [http:// rosangelamentapde.pbworks.com](http://rosangelamentapde.pbworks.com). Acessado em 30/10/ 2011.

MITRE, S.M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.2, 2008.

MOURA, A.L.N., FEITOSA, M.G.G., SOUZA, B.C. Consultoria interna: inspirando-se em Argyris para uma ação mais eficaz. **Revista de Ciências da Administração**, v.11, n.25, p. 121-150, set/dez.2009.

NOVAES, H.M.; PAGANINI, J.M. **Garantia da Qualidade**-Acreditação de Hospitais para America Latina e Caribe. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde/Federação Brasileira de Hospitais. Série Silos, nº 13, 1992.

OLIVEIRA, D.P.R. **Manual de Consultoria Empresarial**: conceitos, metodologia, práticas. 9.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ONA. Disponível em <https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>. Acessado em novembro de 2010 a.

_____. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2006. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação).

_____. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2010_b. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação).

_____. Avaliação e Qualidade. In ONA: **Preparatório de avaliadores SBA/ONA**. EAD, Portal ONA, 2010_c.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A transformação da gestão dos hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

PALADINI, E. P. **Gestão da Qualidade**: teoria e prática. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

QUINTO NETO, A.; GASTAL, F. L. **Acreditação Hospitalar**-Proteção dos Usuários, dos Profissionais e das Instituições de Saúde. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

ROBBINS, S.P. **Mudança Organizacional e Administração do Estresse**. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

ROTHBARTH, S. **Gestão da Qualidade**: um processo de acreditação hospitalar. Dissertação. 2011. 138f. [Mestrado em Enfermagem] Programa de Pós Graduação em Enfermagem, UFPR, Curitiba.

SEIFFERT, L. S.; OLIVEIRA, V. F. Acreditação como oportunidade de melhoria da gestão assistencial e administrativa do Hospital de Clínicas da UFPR. **Anais do IX Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde**, v. 1, p. 295-296, 2009.

_____; ROTHBARTH, S.; WOLFF, L.D.G. Estratégias Organizacionais para a obtenção de certificação de acreditação hospitalar. **Referência**. Actas e comunicações da XI Conferência Iberoamericana de educação em enfermagem, v.1, p. 427, 2011^(a).

_____; WOLFF, L.D.G.; WALL, M.L. Notificação e investigação de eventos adversos graves em hospital. **Referência**. Actas e comunicações da XI Conferência Iberoamericana de educação em enfermagem, v.2, p. 567, 2011^(b).

SILVA, M. O. S. **Refletindo a pesquisa participante**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1991.

THORELL, A. **Temas e estratégias para liderança em enfermagem**: enfrentando os desafios hospitalares atuais/Joint Commission Resources. Porto Alegre: Artmed, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Hospital de Clínicas. **Relatório de Atividades**: Hospital de Clínicas - 2009. Curitiba, Assessoria de Marketing, 2010.

_____. Hospital de Clínicas. **Unidades Funcionais HC/UFPR**. Curitiba, Assessoria de Marketing, sem data.

VALENÇA, A.C. **Mediação**: método de investigação apreciativa da ação-na-ação: teoria e prática da consultoria reflexiva. Recife: Bagaço, 2007.

VILLARDI, B.Q., FERRAZ, V.N., DUBEUX, V.J.C. Uma metodologia para diagnóstico de clima organizacional: integrando motivos sociais e cultura brasileira com fatores do ambiente de trabalho do Poder Judiciário. **RAP**, v. 45, n. 2, p. 303-29, 2011.

WACHTER, Robert M. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE 2 - MANUSCRITOS IDENTIFICADOS NAS BASES DA BVS

APÊNDICE 1
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) Você, integrante do Grupo Interno da Qualidade (GIQ) da Clínica Pediátrica do Hospital de Clínicas da UFPR, está convidado a participar de um estudo intitulado **Modelo de consultoria interna para o preparo de unidades hospitalares para a certificação de acreditação**. Este estudo será desenvolvido pela enfermeira Leila Soares Seiffert, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, sob orientação da Doutora Lillian Daisy Gonçalves Wolff.
- b) Os objetivos deste estudo são: construir um modelo lógico-teórico de consultoria interna para o preparo de unidades hospitalares para a certificação pela acreditação; e aplicar o modelo de consultoria interna a uma dessas unidades, preparando-a para submeter-se à avaliação por instituição acreditadora credenciada.
- c) O objetivo deste documento é lhe dar informações suficientes sobre o estudo, de forma que você tome a decisão de participar ou não, dele. Caso você aceite e assine este documento, poderá desistir a qualquer momento, sem nenhum constrangimento.
- d) Caso você participe do estudo, será necessário ler este documento com atenção, e se houver alguma palavra que não entenda, você tem o direito de pedir esclarecimentos à pesquisadora responsável.
- e) A sua participação será mediante comparecimento e atuação em aproximadamente 15 oficinas no período de março a novembro de 2011, e nas tarefas programadas, as quais serão discutidas e redefinidas pelo grupo. A duração aproximada de cada oficina será de uma hora. Haverá flexibilidade no número de etapas e conteúdos a serem abordados, de modo a respeitar as necessidades e ritmo do grupo.
- f) Ao final de cada oficina, será gravada uma síntese das tarefas realizadas pelo grupo e a serem programadas.
- g) Sua participação neste estudo é voluntária, portanto você não receberá nenhum pagamento, e nem será responsável por custos decorrentes dela.
- h) Não haverá riscos em consequência de sua participação no estudo, tendo em vista que será preservada sua identidade. Os benefícios de sua participação se traduzirão em um aprendizado coletivo a partir da realidade que capacita os membros do grupo interno de qualidade a exercer eficientemente o preparo da sua unidade para o processo de avaliação por instituição acreditadora.
- i) Todos os dados coletados serão confidenciais. Serão utilizados para avaliação do estudo, poderão ser revisados por autoridades de saúde ou membros do Comitê de Ética, bem como poderão fazer parte de documentos a serem publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos. Sua identidade não será revelada em nenhuma circunstância, porém você terá direito de acessar os seus dados.
- j) Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo, deve contatar a pesquisadora Leila Soares Seiffert, no telefone 9924-3525 no horário das 07:00 às 13:00 horas, de segunda a sexta-feira.

Eu, _____, li e discuti com a pesquisadora responsável por este estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper minha participação a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Eu concordo que os dados sejam usados para os propósitos acima descritos.

Eu entendi a informação apresentada neste Termo de Consentimento, tive oportunidade para fazer perguntas, e todas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Assinatura do sujeito de pesquisa

Curitiba, _____

Assinatura da pesquisadora

Curitiba, _____

APÊNDICE 2

MANUSCRITOS IDENTIFICADOS NAS BASES DA BVS, COM OS DESCRITORES SELECIONADOS (1998-2010)

	Título	Autor (es)	Ano	Descritores	Repetição
01	Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar	Feldman, Liliane Bauer; Cunha, Isabel Cristina Kowal Olm	2006	Avaliação e acreditação; acreditação e assistência à saúde	02
02	Avaliação dos serviços de enfermagem: identificação dos critérios de processo dos programas de acreditação hospitalar	Cunha, Isabel Cristina Kowal Olm; Feldman, Liliane Bauer	2005	Avaliação e acreditação; acreditação e assistência à saúde	02
03	Proposta de metodologia de avaliação e diagnóstico de gestão hospitalar	Portela, Odete Teresinha; Schmidt, Alberto Souza	2008	Avaliação e acreditação; acreditação e assistência à saúde	03
04	A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência	Lima, Suzinara Beatriz Soares de; Erdmann, Alacoque Lorenzini	2006	Avaliação e acreditação; Acreditação e gestão da qualidade; acreditação e assistência à saúde	03
05	História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação	Feldman, Liliane Bauer; Gatto, Maria Alice Fortes; Cunha, Isabel Cristina Kowal Olm	2005	Avaliação e acreditação; Acreditação e controle da qualidade	02
06	O processo de acreditação dos serviços de saúde	Novaes, Humberto de Moraes	2007	Avaliação e acreditação; Acreditação e gestão da qualidade	02
07	A acreditação no contexto dos sistemas de saúde: as propostas de política e suas diversas creditações	Fortes, Maria Thereza Ribeiro	2007	Avaliação e acreditação	-
08	Manual das organizações prestadoras de serviços de hemoterapia: versão 2003	Organização Nacional de Acreditação	2003	Avaliação e acreditação	-

QUADRO 8 - MANUSCRITOS IDENTIFICADOS NAS BASES DA BVS
 FONTE: O autor (2010) (continua)

	Título	Autor (es)	Ano	Descritores	Repetição
09	A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarina	Silva, Ruvani Fernandes da	2003	Acreditação e controle da qualidade; acreditação e assistência à saúde	02
10	A acreditação e sua implementação na área de ensino pós-graduado em Saúde Pública		2002	Acreditação e controle da qualidade	-
11	Programas de residência médica em oncologia orientados por competência: trajetória de uma construção coletiva	Ribeiro, Eliana Claudia de Otero	2007	Acreditação e controle da qualidade; acreditação e gestão da qualidade	02
12	Implantação do Sistema de Gestão da Qualidade em um laboratório de pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz (IOC): desafios e soluções da realidade do Programa PALC (Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos) da SBPC/ML (Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial)	Nehme, Nédia Saad	2009	Acreditação e controle da qualidade; acreditação e gestão da qualidade	02
13	Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário	Labbadia, Lilian Lestingi; Adami, Nilce Piva	2004	Acreditação e controle da qualidade	-
14	O processo de acreditação hospitalar e a participação da enfermeira	Labbadia, Lilian Lestingi; Matsushita, Mari Sahamura; Piveta, Valdecira Maria; Viana, Teresinha de Aguiar; Cruz, Fátima Solange Lafayette	2004	Acreditação e controle da qualidade	-
15	Garantia da qualidade do hemograma automatizado	Ferreira, M. F. R; Vieira, L. M. F; Bastos, M.	2002	Acreditação e controle da qualidade	-

QUADRO 8 - MANUSCRITOS IDENTIFICADOS NAS BASES DA BVS
 FONTE: O autor (2010) (continuação)

	Título	Autor (es)	Ano	Descritores	Repetição
16	Qualidade Hospitalar - Estudo de caso em hospitais selados pelo CQH - Programa de Controle de Qualidade Hospitalar	Cypriano, Adriana Serra	2004	Acreditação e controle da qualidade	-
17	Acreditação de hospitais no Brasil	Novaes, Humberto de Moraes; Bueno, Helvécio	1998	Acreditação e controle da qualidade	-
18	Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	2004	Acreditação e gestão da qualidade	-
19	Administrative Processes and quality of health certification	Bittar, OJ	1999	Acreditação e gestão da qualidade; acreditação e assistência à saúde	02
20	Contribuição dos sistemas da qualidade: proposta de modelo de gestão da qualidade para Bio-Manguinhos / Fiocruz	Benedetti, Rita de Cássia Elias	2008	Acreditação e gestão da qualidade	-
21	Evolução da qualidade nos serviços públicos de saúde com enfoque em hemoterapia	Oliveira, Daniela de; Rodrigues, Werneck; Freitas, Anna Bárbara de; Proietti, Carneiro; Guimarães, Junia; Cioffi, Mourão	2006	Acreditação e gestão da qualidade	-
22	Avaliação de qualidade em serviços de saúde: acreditação, certificação e programas de melhoria da qualidade em hospitais públicos e privados do município de São Paulo	Moreno Junior, José Maria Peres; Zucchi, Paola	2005	Acreditação e gestão da qualidade	-
23	O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde	Pereira, Ana Tereza da Silva; Noronha, José; Cordeiro, Hésio; Dain, Sulamis; Pereira, Telma Ruth; Cunha, Fátima Teresinha Scarpato; Costa Junior, Heleno	2008	Acreditação e assistência à saúde	-

QUADRO 8 - MANUSCRITOS IDENTIFICADOS NAS BASES DA BVS
 FONTE: O autor (2010) (continuação)

	Titulo	Autor (es)	Ano	Descritores	Repetição
24	Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar?	Vargas, Maria Ambrosina; Albuquerque, Gelson Luiz de; Erdman, Alacoque Lorenzini; Ramos, Flávia Regina Souza	2007	Acreditação e assistência à saúde	-
25	Accreditation: promoting quality in health services	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa	2004	Acreditação e assistência à saúde	-
26	Use of the family health record as a quality-of-care indicator in primary health care units	Pereira AT; Noronha J; Cordeiro H; Dain S; Pereira TR; Cunha FT; Costa Junior H	2008	Acreditação e assistência à saúde	-

QUADRO 8 - MANUSCRITOS IDENTIFICADOS NAS BASES DA BVS

FONTE: O autor (2010) (conclusão)

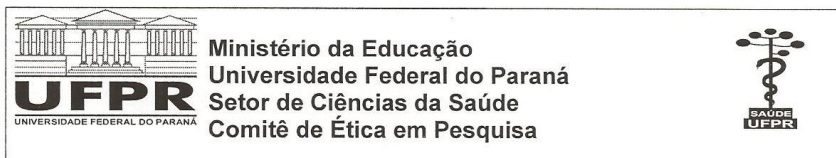
)

ANEXOS

ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DO NOME DO HOSPITAL

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Curitiba, 26 de novembro de 2010

Ilmo (a) Sr. (a)
Leila Soares Seiffert

Nesta

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**Modelo de consultoria interna para o preparo de unidades hospitalares para a certificação de acreditação**” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 27 de outubro de 2010 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 24 de novembro de 2010.


Registro **CEP/SD**: 1025.150.10.10

CAAE: 5144.0.000.091-10

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 24/05/2011.

Atenciosamente


Prof.ª. Dr.ª. Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Prof.ª. Dr.ª. Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - SD/UFPR


ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DO NOME DO HOSPITAL



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que autorizo a divulgação do nome do Hospital de Clínicas da UFPR, na dissertação de Mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPR, de LEILA SOARES SEIFFERT, intitulado MODELO DE CONSULTORIA INTERNA PARA O PREPARO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA A CERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO.

Curitiba, 21 de novembro de 2011.


p/ Profª. Drª. Heda Maria Barska dos Santos Amarante
Diretora-Geral do Hospital de Clínicas
da UFPR


Dr.ª Marilise Borges Brandão
Diretora-Geral, em exercício
CRM-9503 - Mat. 148024
HC/UFPR